

UNIVERSIDADE DE LISBOA



Membro da Família Prestador de Cuidados

Um modelo para a ação profissional facilitador da transição
para o desempenho do papel

Carmen Maria Silva Maciel Andrade

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA



Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Membro da Família Prestador de Cuidados

Um modelo para a ação profissional facilitador da transição
para o desempenho do papel

(Tese orientada pelo Professor Doutor Abel Avelino Paiva e Silva)

Carmen Maria Silva Maciel Andrade

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2013

Agradecimentos

Aos Cuidadores Familiares e Pessoas Dependentes que me acolheram no seu espaço privado e que, com demonstração de interesse e disponibilidade, permitiram o acesso às suas “vidas”.

Ao Professor Doutor Abel Paiva e Silva um agradecimento especial pela confiança, apoio e contributos fundamentais no percurso efetuado. Sem ele não teria sido possível...

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, colega e amiga, pelas discussões, ensinamentos e formas diferentes de ver “o problema”. Muito obrigada!

Ao Conselho de Administração do CSPD e, em particular, à Enfermeira Manuela Ferreira, pela colaboração, apoio e disponibilidade demonstrada.

Aos enfermeiros da UCD – Ana Luísa, Ana Rita, Ana Teresa, Brás, Bruno, Cristina, Elsa, Catarina, Helena, Hernani, Joana, José Paulo, Lina, Maria de Deus, Elisabete, Luísa, Marta, Natacha, Nuno, Patrícia, Paula, Rafaela, Raquel e Vânia, pela disposição para a mudança, e pelo contributo para o desenvolvimento da ação de enfermagem dirigida aos cuidadores e aos familiares de quem cuidam. Sem eles, este trabalho não seria possível!

Aos enfermeiros Filipe e Paulo pelo contributo, compromisso e estímulo à participação e envolvimento dos colegas. Este é o nosso projecto!

À Júlia, enfermeira chefe da UCD e amiga, pelo envolvimento, disponibilidade, compromisso e gestão deste projeto. Ainda ao seu grande contributo no processo de reflexão sobre as práticas e ao seu estímulo constante. Sem o seu apoio, certamente o caminho não teria sido o mesmo!

Ao Diretor da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Paulo Parente, pelo apoio e disponibilização dos serviços de informática desta instituição.

Aos colegas da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto pelo apoio e aprendizagem proporcionada ao longo de caminhos cruzados.

Aos técnicos de informática da Escola Superior de Enfermagem do Porto pelo apoio e “paciência” demonstrada.

A todos os colegas da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada pela pertinência das suas observações e pelo apoio proporcionado ao longo de todo o processo, traduzido pela amizade, partilha, incentivo, tolerância e compreensão.

A todos os meus amigos e família pela compreensão demonstrada para com todos os momentos “não partilhados”.

À Margarida, Beatriz e Zé pela vida que partilhamos e por aquilo que está para vir!

Muito Obrigada!

Resumo

O estudo que apresentamos teve como finalidade aprofundar o conhecimento sobre a acção dos enfermeiros no âmbito da facilitação do processo de transição para o desempenho de papel de cuidador familiar de pessoa dependente e sobre o impacto produzido, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A exploração do fenómeno em estudo inscreveu-se numa dinâmica de envolvimento e participação dos diferentes atores na concepção de um modelo de enfermagem facilitador do processo de transição para o desempenho de papel de cuidador de familiar dependente, pelo que se sustentou o processo de investigação no paradigma construtivista. Como moldura para o desenvolvimento do estudo assumiu-se a Investigação-ação.

A partir da caracterização dos clientes alvo dos cuidados de enfermagem de uma Unidade de Cuidados Domiciliários, assim como dos discursos falados e escritos (documentação dos cuidados de enfermagem) dos enfermeiros sobre as suas práticas com cuidadores familiares de pessoas dependentes, emergiu a reconstrução e operacionalização de um modelo de cuidados no sentido do desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel dos cuidadores familiares como plano de acção para a mudança. Sustentado pela teoria das transições de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) e pelas experiências dos enfermeiros nos seus contextos de acção, o *Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal* surge como resultado da reflexão sobre a acção.

A avaliação do impacte da mudança gerada na prática clínica, pela perspectiva dos enfermeiros, atesta a aceitabilidade e a viabilidade do modelo na prática clínica de enfermagem, assim como remete para a identificação de benefícios relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário.

A co-construção de um modelo de cuidados a partir das necessidades e oportunidades de desenvolvimento identificadas pelos e com os enfermeiros, legitimado pelas suas tomadas de decisão, constituiu-se como um processo de reflexão em enfermagem, teórico e prático, no âmbito dos processos de transição para o desempenho do papel de cuidador familiar e para a dependência no autocuidado.

Palavras-chave: Cuidador familiar, dependência no AC, cuidados de enfermagem, investigação-ação.

Abstract

The study that we presented concluded that deepening the knowledge about the actions of nurses in the scope of facilitating the process of transition to the fulfillment of the role of family caregiver to a dependant person is impacted by, and contributes to improving the quality of nursing care.

An exploration of the phenomenon of study enrolled in a dynamic of involvement and participation of the different players in the conception of a model of nursing which facilitates the process of transition to the fulfillment of the role of family caregiver to a dependant member, through which the investigation of the process of the constructivist paradigm was sustained. The action research framework was used for the development of this study.

From the characterization of the clients which were the target of nursing care of a home care unit, as well as the spoken and written discourse (documentation of nursing care) of the nurses about their practice with family caregivers of dependant persons, a reconstruction and operationalization of a model of care emerged in the sense of developing a mastery of the role of family caregiver as an action plan for change. Supported by the theory of transitions by Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) and by the experiences of the nurses in their action contexts, the *Model to Support Mastery of the Family Caregiver* emerges as a result of reflection on action.

The evaluation of the impact of change generated in clinical practice, from the perspective of nurses, is a testament to the acceptability and viability of the model in nursing practice, as well as moving toward identifying the related benefits related to improving the quality of the nursing care in the domestic context.

The co-construction of a model of care based on the needs and development opportunities identified by and with the nurses, justified by their decision making established itself as a process of reflection in nursing, both theoretical and practical, in connection with the transition to playing the role of family caregiver and dependance in self care.

Key words: family caregiver, dependance for self care, nursing care, action research.

Abreviaturas e Siglas

AC – Autocuidado
CC – Cuidados Continuados
CE – Cuidados de Enfermagem
CI – Cuidador Informal
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSPD – Centro de Saúde de Ponta Delgada
C_x – Caso x
DE – Diagnóstico de Enfermagem
E – Enfermeiro/a
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESEPD – Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada
F Cuidador – Familiar Cuidador
HDES - Hospital do Divino Espírito Santo
I – Investigadora
IA – Investigação-ação
ICN - *International Council of Nursing*
IE – Intervenção de Enfermagem
MAMCI – Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal
Median. – Medianamente
MFPC – Membro da Família Prestador de Cuidados
NC – Nota de Campo
PAE – Perceção de Autoeficácia
PD – Pessoa Dependente
RE – Resultado de Enfermagem
SU – Serviço de Urgência
TGUR – Taxa Global de Utilização de Recursos
TUR – Taxa de Utilização de Recursos
UCD – Unidade de Cuidados Domiciliários
VD - Visita Domiciliária

Índice

Introdução	10
Parte I - Transição para o desempenho do papel de FC: enquadramento concetual da investigação	17
Capítulo 1 – A adoção do desempenho do papel de FC como transição	18
Capítulo 2 - A Mestria no desempenho do papel	33
Capítulo 3 - A ação profissional na transição para o desempenho do papel de FC	39
Parte II - Transição para o desempenho do papel de FC: enquadramento metodológico	46
Capítulo 4 – O paradigma da investigação	47
Capítulo 5 - A investigação-ação como opção metodológica	51
5.1 - A recolha de dados	55
5.2 - A análise dos dados	60
5.3– A qualidade da investigação	62
Parte III - Transição para o papel de FC: a ação profissional dos enfermeiros	67
Capítulo 6 – Analisando a ação profissional dos enfermeiros	68
6.1 - O cenário da ação: a UCD do CSPD	68
6.2 – Os clientes dos CE	74
6.2.1 – A PD: dependência no AC e condição de saúde	76
6.2.2 – O FC: PAE e cuidados dispensados à PD	81
6.2.3 – Os recursos de apoio ao AC	92
6.2.4 - As dimensões em estudo e suas relações	97
6. 3 - A documentação dos CE	112
6.3.1 - Os impressos para a documentação dos CE	115
6.3.2 - Os focos de atenção nos CE	118
6.3.3 - As intervenções de enfermagem	125
6.4 – Discursos dos enfermeiros sobre os CE	138
6.5 – A ação profissional dos enfermeiros: síntese reflexiva	147
Capítulo 7 – Co-construindo o modelo de CE	152
7.1 - Planeamento da ação	152
7.2 –O processo formativo	155
7.3 - A co-construção do modelo de CE ao FC	157
7.3.1 - Os focos de atenção e as IE	160
7.3.2 - O processo de prestação de cuidados	163
7.3.3 - Os padrões de documentação	167
7.3.4 - A validação do modelo na prática clínica	168
7.4 - O Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal	169

Capítulo 8 – Avaliando o impacte da mudança	195
8.1 - O questionário de opinião sobre o modelo de CE	195
8.2 - Discursos dos enfermeiros sobre a mudança nos CE	205
8.2.1 – Qualidade dos CE	206
8.2.2 – Documentação dos CE	216
8.2.3 – Satisfação com a mudança	219
Conclusão	225
Referências Bibliográficas	233
ANEXOS	247
Anexo I - Formulário de caracterização dos clientes da UCD	248
Anexo II - Questionário de opinião sobre a mudança nos CE	271
Anexo III - Formulário de consentimento informado para os FC/PD	278
Anexo IV - Autorização do Conselho de Administração do CSPD	281
Anexo V - Formulário de consentimento informado para os enfermeiros	284
Anexo VI - Tabelas de dados relativos à caracterização das famílias	287
Anexo VII - Tabelas de dados relativos à PD	290
Anexo VIII - Tabelas de dados relativos ao FC	296
Anexo IX - Tabelas de dados relativos aos cuidados dispensados pelo FC à PD	306
Anexo X - Tabelas de dados relativos aos recursos de apoio ao AC	313
Anexo XI - Impressos em uso na UCD para a documentação dos CE	327
Anexo XII - Plano de formação	343
Anexo XIII - Focos de atenção dos CE	346
Anexo XIV - Enunciados de IE	352
Anexo XV - Impresso para o Plano de Cuidados	362
Anexo XVI - Matriz operativa do MAMCI	365
Anexo XVII - Conjunto de indicadores de processo e resultado dos CE	410

Índice de tabelas

Tabela 1 - Correlação entre as seis principais dimensões do estudo	98
Tabela 2- Estrutura do impresso para a avaliação inicial	116
Tabela 3 - Focos de atenção documentados no impresso "Instrumento de Colheita de dados de enfermagem"	120
Tabela 4 - Frequência e tipo de focos de atenção identificados no "Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem" - item "Motivo de Intervenção"	123
Tabela 5 - Tipo e frequência dos focos de atenção documentados	124
Tabela 6 - Tipo e frequência das IE documentadas	127
Tabela 7 – Dados avaliativos das subáreas de atenção: “Conhecimentos”	182
Tabela 8 – Dados avaliativos da área de atenção “Participação”	186
Tabela 9 – Dados avaliativos das subáreas de atenção dos “Processos corporais”	188
Tabela 10 - DE por áreas de atenção dos CE	191

Índice de diagramas e figuras

Diagrama 1 - Teoria das transições de Meleis et. al (2000)	21
Figura 2 – Ciclos de IA de O’Leary (2004, p.7).	53
Diagrama 3 - Desenho do estudo	55
Figura 4 - Zonas geográficas de distribuição dos clientes da UCD	70
Diagrama 5 – Síntese dos resultados obtidos com o formulário	103
Diagrama 6 - Modelo de análise à documentação dos CE	114
Diagrama 7 – Síntese dos principais focos e IE envolvidos nos CE no modelo em uso na UCD	135
<i>Diagrama 8 – Discursos dos enfermeiros sobre os CE em uso: categorias e subcategorias</i>	139
Diagrama 9 – Exemplo de estrutura de orientação na tomada de decisão sobre os CE	166
Diagrama 10 – O Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal	173
Diagrama 11 - Áreas de atenção na avaliação da transição	175
Diagrama 12 - Dados de avaliação da "consciencialização sobre o desempenho do papel"-	177
Diagrama 13 – Dados de avaliação da “PAE”	179
Diagrama 14 – Dados avaliativos das subáreas de atenção “Capacidades para/no desempenho do papel”	183
Diagrama 15 – Dados de avaliação: “ Consciencialização sobre o estado de saúde”	185
Diagrama 16 – Processo de prestação de cuidados: articulação e dinâmica	194

Índice de gráficos

Gráfico 1 - % de PD com necessidade de ajuda de pessoa, parcial ou total, por domínio de AC	78
Gráfico 2 - % de PD com sinais de compromisso na condição de saúde	80
Gráfico 3 - PAE do FC por categorias, face ao score global	82
Gráfico 4 - Frequência dos cuidados diários prestados pelo FC à PD	88
Gráfico 5 - Frequência dos cuidados semanais prestados pelo FC à PD	89
Gráfico 6 - Frequência dos cuidados mensais prestados pelo FC à PD	89
Gráfico 7 – Diferencial da taxa de utilização de equipamentos por domínio de AC e de recursos complementares considerados necessários, face à TGUR	93
Gráfico 8 – % de recursos económicos, institucionais, não profissionais e profissionais utilizados por mais de 10% dos participantes	97
Gráfico 9 – Domínios dos focos "Adesão, "Conhecimento" e "Capacidade"	125
Gráfico 10 - Focos das IE do tipo "Ensinar"	130

Introdução

A experiência de cuidar de alguém dependente na sequência de um evento incapacitante é, por si só, geradora de dificuldades de adaptação, não só por parte da pessoa que é cuidada, como por parte do membro da família sobre quem recai, muitas vezes de forma súbita, a responsabilidade de assumir o papel de familiar cuidador informal (FC).

Na sociedade atual, este é um problema em que fatores tão distintos como o aumento da esperança média de vida e, por consequência, das condições crónicas, a diminuição da demora média dos períodos de internamento, o aumento da taxa de emprego feminino, as alterações ocorridas no seio das estruturas familiares, são aspetos a ter em conta.

Como resultado destas mudanças os FC têm vindo a emergir como um importante recurso dos serviços de saúde sendo-lhes frequentemente atribuída a responsabilidade pelo cuidado ao seu familiar; sobretudo os elementos femininos mais próximos (esposa, filhas, noras), sujeitos a maior risco de sobrecarga por terem de articular o desempenho do papel de CI com as responsabilidades inerentes a tantos outros papéis (mãe, mulher, trabalhadora e cuidadora).

Em pleno século XXI, prevê-se que cerca de 90,0% dos cuidados prestados no domicílio à população idosa sejam assumidos pelos CI (Ducharme & Trudeau, 2002). Em Portugal não existem, ainda, estudos suficientes que permitam identificar o número de CI que têm à sua responsabilidade a prestação de cuidados no domicílio a pessoa dependente (PD). Nos Açores estima-se que cerca de 3,0% da população idosa, a maioria com mais de 75 anos, esteja dependente de um FC para a realização das atividades de autocuidado (AC) (Tavares, 2006).

Os CI são impelidos a percorrerem um caminho quase solitário na tomada de decisão sobre o “*melhor cuidado*” porque raramente são incluídos no processo de preparação para o cuidado à PD (Wilken & Isaacson, 2005) e/ou porque os cuidados de saúde não funcionam ou são ineficientes (Jewell, 1993). Deste modo, assumem a responsabilidade pelo cuidado sem, obrigatoriamente, lhes ter sido feita uma avaliação da sua prontidão e preparação para o desempenho do papel ou sem uma abordagem da compreensão que fazem da situação enquanto cuidador de PD do ponto de vista do próprio e do sentido que atribuem ao desafio que lhes é proposto (ou imposto?).

Os CI ao se confrontarem pela primeira vez com a responsabilidade pelo cuidado de uma PD, ou que embora já a tenham assumido, enfrentam uma situação reconfigurada por novos contornos não fáceis de integrar na experiência anterior, sentem-se (não

raramente) pobremente preparados para assumir a responsabilidade que lhes é imputada (Brereton, 1997), condicionando, de todo ou em parte, o seu bem-estar e das pessoas de quem cuidam (Lage, 2005).

A vulnerabilidade dos CI às ameaças na saúde não pode ser esquecida. A necessidade de responder às suas necessidades deve ser reconhecida e incorporada na política de saúde do país, na filosofia das instituições de saúde, bem como na organização e gestão do trabalho dos enfermeiros na comunidade.

Na Europa, tem havido por parte dos sistemas de saúde a configuração de respostas no sentido de minimizar o impacto produzido pela prestação de cuidados a um familiar, nomeadamente proporcionando serviços que permitam o internamento temporário para descanso do FC.

Nas respostas do sistema de saúde português, nomeadamente pela criação das redes nacional e regionais de Cuidados Continuados (CC), persistem carências ao nível das soluções oferecidas pelas instituições de saúde e de apoio social aos CI. As políticas de apoio que têm sido adoptadas e que possa pensar-se serem para benefício do cuidador estão na sua essência dirigidas à PD.

O conhecimento disponível sobre a problemática dos CI (nomeadamente em Portugal) é consensual em reconhecer que a prestação de cuidados a uma PD, sobretudo de longa duração, implica um grande desgaste, com consequências na saúde do FC (Driscoll, 2000; Shyu, 2000; Brito, 2002; Martins, 2002; Deeken; Taylor; Mangan; Yabroff, & Ingham 2003; Cruz; Pimenta; Kurita; & Oliveira, 2004; Gljachen, 2004; Imaginário, 2004; McBride *et al.*, 2004; Kim e Keshian, 2004; Ekwall; Siverberg & Hallberg, 2005; Lage, 2005; Ribeiro & Paúl, 2006; Petronilho, 2006). Não obstante, alguns estudos têm, também, vindo a demonstrar que esta postura é redutora, sendo, também, possível identificar-se um conjunto de ganhos ou de repercussões positivas decorrentes da assunção do desempenho do papel de CI, designadamente ao nível do desenvolvimento pessoal e interpessoal (Brito, 2002; Cangelosi, 2009; Crespo-López & López-Martínez, 2007; Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005; Figueiredo, 2007, García, 2010; Sousa; Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A nível internacional e nacional assiste-se a um incremento da investigação sobre os CI e as dimensões envolvidas no desempenho do papel. Na literatura encontram-se exemplos que estudam dimensões relacionadas com as suas necessidades, com os impactes (positivos e negativos) e a sobrecarga (objetiva e subjetiva) associada ao desempenho do papel, a saúde mental dos cuidadores e qualidade de vida, e as intervenções tendentes a reduzir ou amortecer o impacto das fontes de stresse (Andrade, F., 2009; Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995; Ayres, 2000; Brito, 2002; Chappell,

Reid, & Dow, 2001; Crespo-López & López-Martínez, 2007; Figueiredo, 2007; Fernandes, 2009; Grelha, 2009; Qualls & Zarit, 2009; García, 2010; Hoffmann & Rodrigues, 2010; Lage, 2007; Levine, 2004; Loureiro, 2009; Marques, 2007; Martins, 2006; Oliveira, 2009; Rocha, 2009; Rolo 2009; Santos, 2008; Sequeira, 2010; Sousa & Figueiredo, 2007, entre outros)

Como denominador comum da maioria desses estudos emerge o apoio e o acompanhamento do FC como elemento fundamental na promoção da saúde e prevenção de complicações associadas ao desempenho do papel, com reflexos no bem-estar quer do FC, quer da PD.

A problemática centrada no âmbito da transição para o desempenho de papel de FC tem vindo a ser alvo do nosso particular e crescente interesse. A incursão por algum do conhecimento que tem sido produzido sobre o fenómeno aliada à nossa experiência profissional (desenvolvida numa dupla face de prática clínica e docência) leva-nos a reconhecer que a preparação e acompanhamento do FC no processo de transição para o desempenho do papel não é sistemática, sistematizada e incorporada na prática clínica de enfermagem; a decisão sobre as necessidades de preparação dos clientes e famílias para o regresso a casa após um internamento hospitalar estão mais centradas no enfermeiro do que num processo de avaliação organizado e sistemático; a preparação caracteriza-se pela realização de ensinamentos sobre procedimentos técnicos a garantir, aparentemente sem preocupação com uma perspetiva de compreensão global da situação do ponto de vista de quem a experiencia; a transição do hospital para o domicílio carece de articulação e continuidade.

Em particular, o estudo realizado por Petronilho (2006) levanta questões sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem (CE) na facilitação da transição para o desempenho do papel de CI quando conclui ser manifesta a falta de evolução positiva nos conhecimentos e capacidades na resposta às necessidades e dificuldades que vão enfrentando ao longo do seu trajeto.

No sentido de contribuirmos para a compreensão deste fenómeno, adotámos o conceito de transição desenvolvido na teoria de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) - *Experiencing Transitions* – o qual tem assumido uma importância crescente no seio do desenvolvimento teórico em enfermagem na premissa de que “os enfermeiros (...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam e quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença” (Meleis *et al*, 2000, p.13). E é neste cenário particular - o das intervenções terapêuticas de enfermagem e dos padrões de resposta das pessoas que se enquadra o nosso estudo.

O estudo de intervenções de enfermagem (IE) no sentido da gestão e controlo das consequências associadas à trajetória de adaptação ao desempenho de papel de CI, tem vindo a ser desenvolvido por alguns autores. Algumas demonstrando produzirem efeito, todavia, mantendo-se por esclarecer quais as intervenções que melhor contribuem para uma transição saudável (Ducharme & Trudeau, 2002; Kalra, Evans, Perez, Melbourn, Patel, Martin, & Donaldson, 2004; Smith, Foster & Young, 2004; Larson, Franzen-Dhalin, Billing, Arbin, Murray & Wredling, 2005; Lui, Ross, & Thompson, 2005; Schure, van den Heuvel, Stewart, Sandermanb, de Witte & Meyboom-de Jonga, 2006; Ducharme, Lebel, Lachance & Trudeau, 2004; King, Robert & Denby, 2007; Brereton, L. & Carroll, & Barnston, 2007; Cameron & Gignac, 2008).

A sistematização de alguns estudos no âmbito das terapêuticas de enfermagem especialmente desenhadas para CI de PD aponta para a escassez de estudos desta natureza (não obstante exista um número considerável de investigações no âmbito de intervenções desenhadas, nomeadamente por fisiatras ou fisioterapeutas, para os PD e CI, sobretudo em pessoas que tiveram um Acidente Vascular Cerebral ou apresentam demências); os estudos encontrados estão, predominantemente, inscritos numa abordagem quantitativa, estando as IE centradas num foco específico do fenómeno e menos numa abordagem multidimensional, com maior relevância para o *stress* e para o conhecimento e capacidades instrumentais envolvidas no desempenho de papel (Andrade C., 2009).

A evidência identificada leva ao questionamento da ação profissional dos enfermeiros na facilitação do processo de transição para o desempenho do papel de CI, o qual vai para além do apoio ao PD na realização das suas atividades de vida diária, estando inerente a intenção e a responsabilidade de providenciar o “*melhor cuidado*”. Neste contexto, consideramos ser necessário investigar no sentido do desenvolvimento de CE que potenciem o processo de adaptação ao desempenho do papel numa perspetiva compreensiva e abrangente do fenómeno. Estudos desta natureza que têm em conta os processos utilizados e porque informados pelo ponto de vista dos diferentes intervenientes, tendem para a determinação da extensão e qualidade do processo de desenvolvimento de uma intervenção e para a identificação de resultados sensíveis às especificidades do contexto e das pessoas.

É neste enquadramento e na interseção de interesses situados ao nível pessoal, da enfermagem na sua vertente profissional e disciplinar e na necessidade de ampliar o conhecimento sobre os CE no sentido da facilitação do processo de transição para o desempenho do papel de CI, que se inscreve o estudo desenvolvido.

Assim, esta investigação teve como finalidade aprofundar o conhecimento sobre a ação dos enfermeiros no âmbito da facilitação do processo de transição para o desempenho de papel de FC a PD e sobre o impacto por ele produzido, contribuindo para a melhoria da qualidade dos CE. Para o efeito, definimos como objectivos gerais:

- i) Compreender a ação dos enfermeiros dirigida à facilitação da transição para o desempenho do papel de FC de PD, em contexto de cuidados domiciliários
- ii) Explorar oportunidades para a melhoria da ação profissional dos enfermeiros na resposta às necessidades dos FC e PD;
- iii) Desenvolver um modelo para a acção profissional facilitador da transição para o desempenho do papel de FI de PD.

O desenvolvimento deste processo apelou ao envolvimento ativo investigador-enfermeiros num dado contexto de ação – a Unidade de Cuidados Domiciliários (UCD) do Centro de Saúde de Ponta Delgada (CSPD) -, no sentido da compreensão da sua natureza. A partir das construções mentais dos enfermeiros fundadas nas suas experiências individuais e coletivas, atendendo à subjetividade associada à interpretação da realidade e tendo como premissa que a co-construção do conhecimento se faz pela racionalidade dialética, evoluiu-se para a conceção de um modelo de organização e documentação dos CE no sentido da facilitação da transição para o desempenho do papel dos FC.

Inscreeveu-se a exploração do fenómeno em estudo numa dinâmica de envolvimento e participação dos diferentes atores, na observância pela subjetividade inerente ao processo de reconstrução dos CE ao FC de PD.

Como objeto de estudo, assumiu-se os CE, no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC, na UCD, incorporando a complexidade, a imprevisibilidade e a realidade multiversa no processo de reconstrução do conhecimento.

Inserimos o estudo no paradigma construtivista dada a sua adequação ao que se pretendeu conhecer, ao envolvimento do investigador e à subjetividade inerente ao processo de construção, com os enfermeiros, do modelo para a organização e documentação dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC.

Porque partimos do contexto real onde os CE ao FC de PD acontecem e com os enfermeiros, estabelecemos um plano de análise da situação tendente à construção de um modelo de cuidados facilitador da transição para o desempenho do papel, de avaliação do seu impacto e consequente redefinição, recorremos à investigação-ação (IA) assumindo a moldura sugerida por O'Leary (2004).

A investigação estruturou-se em quatro fases integradas em dois momentos de mudança: o primeiro de diagnóstico e de planeamento da ação transformadora da prática clínica de

enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI; o segundo de implementação da ação e de avaliação do seu impacto.

A co-construção de um modelo de CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel dos CI – Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal – constituiu-se como o elemento chave do processo de investigação e, simultaneamente, a estratégia de ação para a abordagem às oportunidades de desenvolvimento identificadas a partir do diagnóstico efetuado.

O relatório de investigação intenta reproduzir o percurso desenvolvido ao longo de três anos, que se caracterizou pelos processos de interação pró-ativa entre os intervenientes da mudança.

Compreende três partes distintas. A primeira (capítulos 1, 2 e 3) apresenta o enquadramento do estudo, a segunda (capítulos 4 e 5) o enquadramento metodológico e a terceira (capítulos 6, 7 e 8) refere-se ao estudo efetuado, incluindo o diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação da ação.

Na primeira parte refletimos sobre os conceitos associados à transição para o desempenho do papel de CI, com particular relevo para o conceito de Mestria enquanto indicador de uma transição saudável e como sinónimo de provisão do “*melhor cuidado*”, e ainda visitamos alguns dos modelos e/ou estratégias apontadas pela investigação como facilitadoras deste processo.

Na segunda parte justificamos o paradigma e a opção metodológica onde se inseriu o estudo e apresentamos o desenho adotado. Descrevemos, igualmente, os métodos de recolha e análise de dados usados. Ainda nesta parte do relatório referimo-nos às estratégias utilizadas no sentido de garantir a qualidade da investigação.

A parte três, última deste relatório, apresenta os estudos realizados no sentido de produzir um “retrato” sobre os CE em uso que emergiu i) da aplicação de um formulário a uma amostra de clientes da UCD (FC e PD); ii) da caracterização dos CE em uso através dos discursos dos enfermeiros e da análise à documentação produzida na sequência dos cuidados prestados a estes clientes.

A confrontação destes dados permitiu a identificação de oportunidades de desenvolvimento no âmbito das práticas dirigidas ao FC e PD, determinando o processo de mudança.

Os capítulos sete e oito reportam-se às estratégias de mudança desenvolvidas ao longo do ciclo de IA. São apresentadas as mudanças co-construídas que decorreram do processo formativo e da redefinição do modelo de cuidados em uso. Descreve-se ainda o *Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal (MAMCI)*, procurando evidenciar a sua

organização dinâmica, integrada numa estrutura metodológica flexível e construtivista. Terminamos esta parte do relatório com a avaliação do impacto da mudança, decorrente do desenvolvimento do modelo como estrutura concetual e operativa na tomada de decisão sobre os CE.

Por último, apresentam-se as conclusões do estudo e discute-se as suas implicações para a prática, investigação e formação em enfermagem.

Parte I

Transição para o desempenho do papel de FC: enquadramento concetual da investigação

A compreensão e exploração da temática a investigar implica, necessariamente, um olhar sobre o conhecimento já existente. Deste modo, a primeira parte deste relatório destina-se a apresentar um breve enquadramento do estudo, com o objetivo de dar a conhecer os contributos concetuais e evidências científicas obtidos ao longo do tempo em que a investigação decorreu, alguns dos quais se tinha conhecimento prévio ao início do estudo, outros que emergiram no decurso do processo co-evolutivo de reconstrução dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI.

Partindo da tese de que a assunção do papel de CI se enquadra no que Meleis *et. al* (2000) denominaram como sendo um processo de “transição” de papéis que ocorre na família em resposta ao compromisso na capacidade para o AC de um familiar e que aos enfermeiros se coloca o desafio de implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Shumacher, 1995; Meleis *et. al*, 2000), estruturamos a Parte I deste relatório em três capítulos.

O primeiro capítulo pretende enquadrar a adoção do desempenho do papel de CI na Teoria das Transições de Meleis e o segundo capítulo dá particular ênfase a um dos “Padrões de resposta” apontados por esta autora como indicador de uma transição saudável – a Mestria no desempenho do papel – pela importância que assumiu no desenvolvimento do estudo.

Por último, o terceiro capítulo debruça-se sobre a ação profissional da enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI não só pela importância que assumiu desde o início do estudo mas, sobretudo, pela necessidade, dos diferentes participantes, de apoio e enquadramento ao processo reflexivo que sustentou a reconstrução dos CE.

Capítulo 1 – A adoção do desempenho do papel de FC como transição

Ao longo dos tempos, a família tem vindo a adaptar-se face às alterações em diferentes contextos, sejam eles sociais, económicos e, designadamente, ao nível da saúde. É função básica da família a proteção da saúde dos seus membros e a prestação de cuidados quando eles destes necessitam. A função de cuidar, histórica da família, é comumente esperada pela sociedade e, não menos, pelos profissionais de saúde (Paúl & Fonseca, 2005). A família presta entre 80 a 90,0% dos cuidados aos seus membros dependentes, embora se verifique que a responsabilidade, quer pela decisão, quer pela prestação dos mesmos cuidados, não se reparte de forma equitativa entre os seus membros, nomeadamente nas situações em que ela se depara com uma PD, dando lugar à figura de cuidador principal (Magnuson & Hanson, 2005; Paúl & Fonseca, 2005). Ou seja,

“...do conjunto de elementos da rede de apoio familiar, destaca-se habitualmente uma pessoa, sobre a qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio a quem os anglosaxónicos designam por “caregiver” ou “carer”, ou seja, a pessoa que apoia e cuida no dia-a-dia” (De la Rica e Hernando cit. por Brito, 2002).

Associada a esta definição está a noção de maior ou menor compromisso e responsabilidade na prestação de cuidados, havendo autores que neste contexto consideram que, para além do *cuidador principal* ou *primário*, pode coexistir um *cuidador secundário* – aquele que fornece assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade direta sobre o cuidar - e ainda um *cuidador terciário* – alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência (Crespo-López & López-Martínez, 2007; Pereira & Filgueiras, 2009; Sequeira, 2010).

Nolan, Ready & Grant (1995) chamam a atenção para as definições de CI e para o facto de estas visarem sobretudo aspetos instrumentais, persistindo em todas elas a noção do FC ser quem assume a principal responsabilidade no cuidado de alguém que, por dependência ou por doença, necessita de cuidado, quase contínuo, no domicílio (*Equal Opportunities Commission*, 1982; *Social Work Services Group*, 1984).

Na literatura mais atual, o FC é definido como o familiar ou convivente significativo que presta cuidados a outrem de forma regular e não remunerada (Figueiredo, 2007; Lage, 2005; Pereira, 2006; Sequeira, 2010) sendo que o cuidado informal assenta no facto de ser prestado voluntariamente por pessoas da rede social do recetor dos cuidados, sem estar mediado por uma organização ou ser remunerado (Garcia, 2010).

O ICN (*International Council of Nursing*) apresenta o conceito de membro da família prestador de cuidados (MFPC) assumindo dados da literatura relativas ao facto dos CI informais serem na sua generalidade familiares, esposas, filhas (Martins, 2002).

Enquadrado no eixo do cliente, define-o como um tipo de “*Prestador de Cuidados: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*” (ICN, 2011, p.115), tendo como papel

“...interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos de papel apropriados ou inapropriados de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente acuidar de um membro da família dependente.” (ICN, 2011, p.65)

Implícito nas definições do ICN está a noção de que o desempenho do papel de CI existe dentro de uma relação, pressupondo haver alguém disposto para o assumir e alguém que necessita de cuidados, de ajuda na manutenção ou conservação da sua condição física, psicológica ou social (García, 2010). Deste modo, são apontadas duas dimensões do desempenho do papel: a afetiva/relacional, combinada com outra mais instrumental orientada para a esfera do “fazer” (Gil, 2010), posição que assumimos no desenvolvimento do estudo.

Para Turner (1967), “*papel*” refere um conjunto de comportamentos, reais ou esperados, de sentimentos ou objetivos que dão unidade e congruência a um conjunto de ações (Turner, 1967 citado por Meleis, Swendsen & Jones 1980, *in* Meleis, 2010). Desenvolve-se no contexto da relação interpessoal, o que significa que ao desempenho individual de um papel corresponde o desempenho de um papel complementar (Swendsen, Meleis, & Jones, 1978 *in* Meleis, 2010). De acordo com o ICN (2011, p.64), significa “interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamentos esperados por terceiros”.

No âmbito da enfermagem, o desempenho do papel de CI a pessoa com dependência tem vindo a despertar atenção e interesse tanto ao nível do desenvolvimento disciplinar como da ação profissional dos enfermeiros, pelo confronto crescente com esta realidade na prática clínica diária.

Alguns autores (Meleis, 2000; Schumacher, 1995; Schumacher, Stewart & Archbold, 1998, 2000; Nolan *et al*, 1995 entre outros têm inserido a compreensão deste fenómeno no conceito de transição, o qual tem vindo a enraizar-se no seio do desenvolvimento teórico em enfermagem, nomeadamente pela premissa de que “os enfermeiros (...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se aproximam e quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença” (Meleis, 2000, p.13). Para desempenhar novos papéis as pessoas obrigatoriamente passam por processos de transição (Meleis, 2010).

No âmbito da disciplina de enfermagem, Meleis (1991, 1994, 2000) é a autora que mais se tem vindo a destacar com os seus trabalhos sobre o desenvolvimento do conceito de

transição, sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem. Nos vários trabalhos desta teórica (alguns em coautoria), o conceito de transição é apontado como sendo um “... um conceito central para a enfermagem” (Meleis & Trangenstein, 1994, p.255), já que, na sua prática, os enfermeiros lidam com pessoas que se encontram a experienciar processos de transição com respostas que se manifestam por comportamentos relacionados com a saúde (Zagonel, 1999).

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Schumacher & Meleis (1994) foram identificadas várias definições para o termo “*transição*”. Nas diferentes definições identificadas subsiste a noção de que a “*transição*” se refere a uma “passagem, movimento ou mudança” de um estado ou condição, referindo-se aos processos e resultados de uma complexa interação pessoa-ambiente no sentido do reconhecimento da mudança, da redefinição de si consigo próprio e com os outros, da reconstrução de novos significados, assim como do desenvolvimento de conhecimentos e capacidades no sentido de encontrar um novo ponto de equilíbrio (Tyhurst, 1957; Parkes, 1971; Morris, 1979; Schlossberg, 1981; Golan, 1981; Chick & Meleis, 1986; Meleis, 1991; Meleis & Tangeinstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994).

Da análise ao conceito de “transição” como conceito central em enfermagem emergiu a teoria de médio alcance de Meleis *et al* (2000) – *Experiencing Transitions* – cuja estrutura tende a refletir a complexidade inerente a este processo, atendendo tanto aos seus aspetos processuais como aos seus resultados.

Tratando-se de uma teoria de médio alcance pretende providenciar uma estrutura que permita descrever, compreender e interpretar e ou explicar os fenómenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática. As teorias de médio alcance ambicionam oferecer um constructo sistemático da missão, natureza e objetivos da enfermagem (Meleis 2010).

São apontados como elementos desta teoria a “*Natureza*” (tipos, padrões e propriedades) das transições, as “*Condições*” (facilitadoras/inibidoras) das transições, os “*Padrões de resposta*” às transições, entendidos como indicadores de processo (sentir-se ligado; interagir; estar situado; confiança e *coping*) e de resultado (identidades fluidas e flexíveis; mestria) e as “*Terapêuticas de enfermagem*” (Diagrama 1).

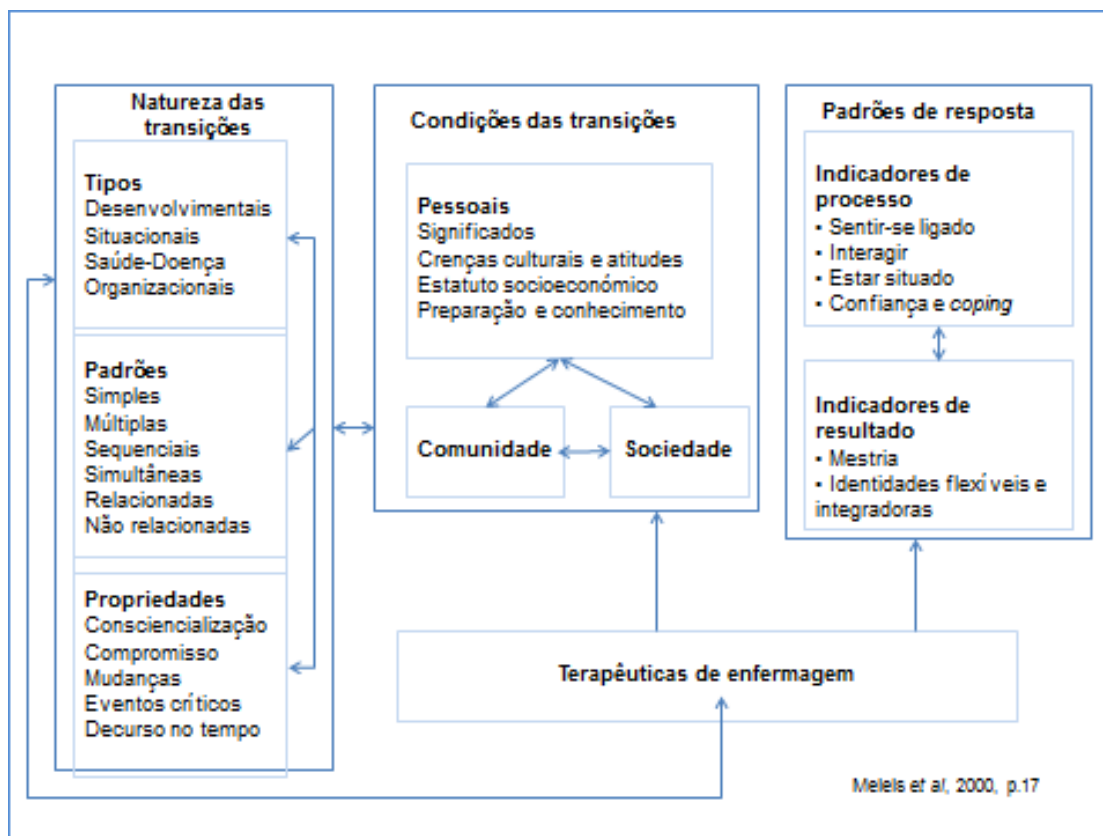


Diagrama 1 - Teoria das transições de Meleis *et. al* (2000)

Na prática clínica identificam-se quatro tipologias de transições com as quais os enfermeiros frequentemente se confrontam (Meleis, 1991; Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al.*, 2000):

- i) de desenvolvimento - ocorrem ao longo do ciclo vital dos indivíduos;
- ii) as *situacionais* - relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde a pessoa está envolvida;
- iii) as de *saúde-doença* – reportam mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar, não obstante englobe a cronicidade;
- iv) as *organizacionais* - ocorrem no contexto ambiental dos clientes e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico.

Estas tipologias podem apresentar-se com um padrão simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado, não relacionado (Meleis *et al.*, 2000).

A assunção do desempenho do papel de CI é um tipo de transição de papéis que ocorre na família em resposta à mudança na saúde ou condição de um dos seus membros. Ocorre quando, concomitantemente, uma doença, acidente ou envelhecimento provocam o declínio na capacidade para o AC de uma pessoa e a necessidade de que

outro membro da família providencie, complemente ou assista neste cuidado (Shumacher, 1995).

Meleis *et al.* (2000) referem que nos estudos realizados e que contribuíram para o desenvolvimento da sua teoria, os indivíduos envolvidos experimentavam no mínimo dois tipos de transições. Neste contexto Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dibble (2000) refere que a compreensão da transição para o papel do FC não pode ser isolada da transição saúde-doença vivenciada pelo membro da família. O FC experimenta uma transição para o papel enquanto o recetor do cuidado experimenta ao mesmo tempo uma transição saúde-doença. À transição para o desempenho do papel de CI está, não só, associada a assunção de um novo papel e/ou o seu reajuste, mas também a reconstrução dos papéis já existentes; paralelamente, estando o fenómeno em estudo fortemente determinado por um processo de interação, CI-PD, a transição do tipo saúde-doença deve ser igualmente considerada uma vez que este tipo de transição comporta mudanças no estado de saúde, determinadas pela dependência no AC.

Acresce o facto de que Driscoll (2000), num estudo efetuado sobre a gestão dos cuidados no domicílio após a alta, evidenciou que quer o estado de saúde, quer a condição de trabalho dos CI, não foram considerados pelos profissionais de saúde aquando do planeamento da alta da pessoa doente. Na sua investigação verificou que 21,0% dos CI apresentavam um estado de saúde classificado entre “*médio*” a “*pobre*” o que pode significar existirem CI a vivenciarem uma transição saúde-doença e simultaneamente uma transição para o desempenho do papel. Sobretudo se considerarmos que o perfil dos CI disponível aponta para o facto de que a maior parte dos cuidadores se situa na faixa etária acima dos 50 anos havendo ainda a considerar o facto de se identificarem subamostras numerosas de cuidadores com idades superiores a 60 anos (C. Andrade, 2009; Crespo-López & López-Martínez, 2007; Hoffman & Rodrigues, 2010; Pereira & Filgueiras, 2009).

Deste modo, Meleis *et al.* (2000) são de opinião de que os enfermeiros precisam de considerar os padrões das transições na vida do indivíduo ou da vida da família, em vez de se focarem apenas num tipo específico de transição.

Tendo em conta as experiências de transição em geral, Chick & Meleis (1986), consideram que, apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos e padrões de transições, é visível a existência de alguns atributos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade destas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições.

A partir de diferentes estudos, Meleis *et al.* (2000) identificam a consciencialização (*awareness*), o compromisso (*engagement*), a mudança (*change*), o decurso no tempo

(*time span*) e a ocorrência de eventos críticos (*critical points and events*) como as propriedades que se associam a uma experiência de transição. Segundo os mesmos autores (2000), estas propriedades encontram-se inter-relacionadas, não sendo possível dissociá-las pois constituem-se como parte integrante do processo complexo que é a transição.

A *consciencialização* relaciona-se com a percepção e o reconhecimento da pessoa acerca da experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000). No âmbito desta propriedade, é esperado que a pessoa reconheça as mudanças que ocorrem e que está a viver; a ausência de percepção destas mudanças pode significar que a pessoa não iniciou a transição (Chick & Meleis, 1986).

No processo de transição, face à incerteza e confusão geradas pela confrontação com a adoção do desempenho do papel, o FC tenta compreender o que aconteceu, porque aconteceu, quais as suas responsabilidades, o que terá que fazer e como, que implicações terá no futuro (Bereton & Nolan, 2000).

À assunção do desempenho do papel está inerente a responsabilidade de garantir os cuidados necessários à manutenção do bem-estar da PD, a qual vai para além do apoio nas atividades de AC. Para Garcia (2010), este apoio disponibilizado pelos CI situa-se ao nível do apoio material ou instrumental (realização das atividades de AC que a pessoa não consegue realizar por si própria), do apoio informativo ou estratégico (resolução de problemas na relação da PD com os serviços externos) e do apoio emocional (atitudes de suporte, disponibilidade ou presença).

No âmbito das implicações associadas à responsabilidade de cuidar de alguém dependente encontram-se, frequentemente, repercussões negativas, nomeadamente, o potencial de desenvolvimento de sobrecarga por exposição a fontes de stresse prolongado. Atualmente apontam-se duas dimensões de sobrecarga do FC: i) a objetiva, relacionada com as atividades que os cuidadores têm de realizar e com as repercussões produzidas e verificáveis na vida familiar; ii) a subjetiva, relacionada com a percepção que os cuidadores têm sobre o facto de se sentirem presos, oprimidos, ultrapassados nas suas capacidades e força, ou seja, a repercussão emocional que o ato de cuidar pode acarretar (Crespo-López & López-Martínez, 2007; García, 2010; Gil, 2010; Marques, 2007). Ligada à sobrecarga está um conjunto de problemas que afetam a saúde do FC, tais como: défice de lazer, limitação de tempo livre, conflitos familiares e laborais, isolamento, ansiedade, depressão, diminuição de autoestima, sentimentos de culpa, tendência para negligenciar a própria saúde e aumento da morbilidade (Crespo-López & López-Martínez, 2007; Figueiredo, 2007; França, 2010; Hoffmann & Rodrigues, 2010; Losada, Pérez-Penaranda, Rodríguez-Sanchez, Gomez-Marcos, Ballesteros-Rios, Ramos-Carrera, Campo-de la Torre & García-Ortiz, 2010; Marques 2007).

Por outro lado, a investigação tem vindo a demonstrar que associado ao desempenho do papel de CI estão, também, repercussões positivas, em particular o estreitamento dos laços com a PD ou outros familiares, o reconhecimento pela família, o reforço da autoestima, a possibilidade de ajudar ou retribuir a um familiar, a diminuição de possíveis sentimentos de culpa, a recompensa económica direta ou indireta, atual ou futura, entre outras (Brito, 2002; Cangelosi, 2009; Pereira & Filgueiras, 2009; Crespo-López & López-Martínez, 2007; Donellan *et al.*, 2002; Figueiredo, 2007, García, 2010; Sousa *et al.*, 2004).

O *compromisso*, enquanto propriedade das transições, reporta-se ao nível em que as pessoas demonstram envolvimento nos processos inerentes à transição, sendo influenciado pelo conhecimento que detêm sobre o seu próprio processo de transição (Meleis *et al.*, 2000). O ajuste ao desempenho do papel de FC revela-se por estabelecimento de compromissos entre CI e pessoa que recebe os cuidados no sentido de encontrarem um padrão harmonioso de cuidar e ser cuidado no respeito pela identidade e autodeterminação de ambos (Shyu, 2000).

A ocorrência de *mudanças* físicas, sociais, pessoais, emocionais e ambientais (Meleis *et al.*, 2000) é outra das propriedades das transições, algumas relacionadas com o processo de transição em curso, outras não. As transições são, simultaneamente, o resultado de uma mudança e resultam em mudanças.

Neste contexto, importa distinguir os conceitos de transição e de mudança, já que a transição envolve sempre mudança e já o inverso não se verifica. Enquanto a mudança tende a ser abrupta, reporta-se a um momento específico no tempo e significa a substituição de uma coisa por outra, as transições são processos que ocorrem ao longo do tempo, incorporam as dimensões de fluxo e movimento, cuja duração é influenciada por cada pessoa e, também, pela sua experiência específica (Meleis & Tangenstein, 1994; Meleis *et al.*, 2000). Estes aspetos caracterizam o *decorso no tempo*, outra das propriedades definidoras das transições.

As transições envolvem mudança. Contudo, nem todas as mudanças verificadas dizem respeito às transições vivenciadas. Para entender o processo de transição é essencial descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2012). A diferença reflecte-se pelo sentir-se diferente e ser apreendido de forma diferente.

A transição é um processo moroso, desde a ocorrência do evento crítico até à estabilidade. O tempo necessário para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da influência da mesma na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos.

No caso dos CI, Brereton & Nolan (2000) referem que a velocidade com que o desempenho do papel é assumido é um factor chave na definição da duração e *nuances* deste processo.

As mudanças experienciadas pelas pessoas podem ser desencadeadas por *eventos e acontecimentos críticos*. Assim, segundo Meleis *et al.* (2000), a maioria das transições encontra-se relacionada com acontecimentos marcantes na vida das pessoas, estando estes, predominantemente, associados a uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição.

A alteração da condição de saúde da PD e/ou a diminuição da sua autonomia para o AC constituem pontos de viragem ao longo da transição para o desempenho do papel que poderão por em causa o sentido do decurso de um processo saudável. Barg *et al.* (1998), citados por Schumacher (2000), verificaram que 65,0% dos CI que participaram num programa psico-educacional referiram dificuldade (alguns extrema) em confrontarem-se com o agravamento da condição de saúde dos seus familiares, sendo um dos aspetos mais difíceis de lidar no desempenho do papel.

Bridges (1980, 1991), citado por Meleis *et al.* (2000), descreveu o processo de transição com marcos identificáveis no tempo: desde os primeiros sinais de demonstração de antecipação ou de perceção da mudança, para a passagem de um período de instabilidade, confusão e *distress*, até um eventual marco final que dá início a um novo período de estabilidade. No entanto, alerta para o facto de não se assumir de forma cega a linearidade desta evolução já que pode ser difícil ou até mesmo impossível definir barreiras no tempo.

Schumacher *et al* (2000) apontam como algumas das fontes de *distress* dos CI o medo de errar/fazer mal, ter que tomar decisões ou adotar comportamentos que exigem competências que vão para além das relacionadas com o cuidado instrumental, ver a pessoa cuidada a piorar e por tal sentir-se impotente e preocupações sobre como cuidar no futuro.

Shyu (2000) refere que os cuidadores familiares procuram um ponto de equilíbrio na prestação de cuidados. Este ponto de equilíbrio é um processo usado pelos CI para alcançarem ou preservarem estabilidade entre a prestação de cuidados e as outras necessidades que advêm do desempenho de outros papéis na família e na sociedade.

No contexto da transição do hospital para casa experienciado pelos FC de PD no sentido de alcançarem um padrão harmonioso de prestação de cuidados e de receção dos cuidados, a que Shyu (2000) designou como “*role tuning*”, foram identificadas três fases: i) “*role engaging*” - neste processo, que ocorre antes da alta, o FC e PD prepararam-se

para assumir os seus papéis e para os iniciar; ii) *“role negotiating”* - processo que o FC e PD percorrem antes de alcançarem um padrão estável de interação nos cuidados; ocorre imediatamente a seguir à alta; iii) *“role settling”* - processo através do qual o FC - confiante e confortável com o papel - e PD chegam a um padrão estável de interação nos cuidados; verifica-se um reajustamento no foco de atenção com o FC a recentrar-se nas próprias necessidades e expressando vontade de ser compreendido, de ser apoiado emocionalmente assim como apreciado pelo seu esforço; ocorre após o *“role negotiation”*.

Pereira, H. (2006) na revisão sistemática da literatura que efetuou refere ter sido possível identificar nos estudos incluídos alguns momentos ilustrativos da trajetória da experiência de quem assume o cuidado de um familiar, no caso, de forma não antecipada, que os reorganizou e denominou como:

- i) *o imprevisto e a incerteza* (período marcado por um elevado grau de incerteza e confusão que emergem não só das reservas que se podem colocar no que diz respeito à evolução do estado de saúde do familiar doente como quanto à capacidade própria para desempenhar esse papel;
- ii) *o confronto com uma responsabilidade contínua* (momento marcado pela confrontação com a realidade do exercício do papel de cuidador, emergindo o reconhecimento de uma responsabilidade acrescida assumida por conta própria, pelo seu cariz contínuo e permanente, associada a diferentes tipos de preocupações até então inexistentes e a sentimentos de abandono e solidão);
- iii) *o reconhecimento do impacto* (período em que os cuidadores sentem o peso da natureza contínua dos cuidados e o impacto que ela tem nas suas vidas, acompanhado de sentimentos de falta de liberdade e de terem deixado de ter vida própria);
- iv) *um ponto de equilíbrio como meta* (momento marcado pelo reconhecimento e integração da prestação de cuidados na sua vida e pela compreensão de si enquanto exercendo o papel de cuidador).

Brereton & Nolan (2000) referem-se à transição para o desempenho do papel de CI como um processo de incertezas, dinâmico que decorre ao longo do tempo, que designou como *“seeking”*, identificando quatro marcos com características sobreponíveis às fases de *“role tuning”* de Shyu:

- i) *“O que é isto” (What’s it all about?)* – descreve a incerteza e a confusão que os CI experimentam após o evento gerador de dependência e a sua busca incessante por informação, num esforço de compreensão sobre o que lhe aconteceu e de consciencialização da experiência de transição;
- ii) *“Fazer sozinho” (Going it alone)* – caracterizado pela sensação de isolamento e da relativa falta de apoio dos profissionais de saúde na busca de informação, no

desenvolvimento de capacidades para o cuidado e na disponibilização de apoio, refletindo, de algum modo, a invisibilidade do FC perante os profissionais; como não obtêm informações dos profissionais de saúde, os CI voltam-se para uma rede informal, comparando a sua situação com a de outras famílias em situação similar;

iii) “Mãos à obra” (*Up to the Job*) – caracterizado pela necessidade dos CI se sentirem competentes para prestarem cuidados com qualidade, otimizarem a recuperação e/ou prevenirem o agravamento da condição da pessoa dependente; a procura de capacidades para providenciarem o “*melhor cuidado*”, normalmente, decorreu da iniciativa dos CI, sem, poucas vezes, terem de ultrapassar uma certa resistência dos profissionais;

iv) “E eu?” (*What about me*) – caracterizado pela sensação do FC de que as suas próprias necessidades ao longo do processo de transição estão escondidas/postas de parte por aqueles que cuidam e que o seu conhecimento sobre o familiar é desvalorizado pelos profissionais de saúde.

Na compreensão da trajetória enveredada pelas pessoas tendo como meta um ponto de equilíbrio, Meleis *et al.* (2000) consideram ser necessário atender às condições em que elas acontecem, em particular as formas como podem facilitar ou dificultar o processo e os padrões de resposta. A partir dos diferentes estudos apresentados, identificam: i) as condições pessoais (significados atribuídos, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento), ii) as condições comunitárias iii) e as condições sociais.

Conhecer, compreender e desvendar o significado da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a pessoa que a vivencia e que contribuem para a eficácia das terapêuticas de enfermagem; como tal, o objeto dos CE é a pessoa em situação de transição (Meleis, 2010). Os *significados* atribuídos aos acontecimentos que originaram a transição ou, por outro lado, o sentido atribuído às experiências do próprio processo de transição (Meleis *et al.*, 2000) são uma das condições que poderão facilitar ou dificultar o processo de transição, especialmente se estes acontecimentos foram ou não fruto das escolhas do próprio sujeito.

A intencionalidade da escolha (em particular de quem assumirá o papel de CI) pode induzir a significados considerados como positivos, negativos ou neutros para os indivíduos (Schumacher & Meleis, 1994). A adoção do papel baseada numa escolha informada e numa vontade genuína induz ao sucesso no desempenho do papel e a níveis inferiores de *stress* e tensão (Brereton & Nolan, 2002).

Na base da decisão do FC em assumir o papel, as razões mais apontadas são, por ordem decrescente, a iniciativa própria, a decisão da família por não haver mais ninguém disponível que possa assumir esse papel e, menos frequentemente, a pedido da PD

(García, 2010; Sequeira, 2010). A iniciativa própria fundamenta-se, muito frequentemente, na noção de dever moral/social, na solidariedade familiar ou na fuga à institucionalização, sendo a primeira aquela que na literatura surge como o fator com maior peso para a tomada de decisão (Sousa *et al*, 2004). No entanto, se, no início, o papel de cuidador é aceite como uma extensão de um compromisso natural, a compreensão da sua real extensão e implicações leva a uma desmoralização para o seu exercício (Grimmer, Falco, & Moss, 2004). Na mesma linha, Fraser (1999) tinha já verificado que a um forte desejo de cuidar de alguém, num sentido de gratidão e reciprocidade, se segue a mudança para um sentido da obrigação de cuidar, independentemente da qualidade da relação anterior cuidador/pessoa cuidada.

A “imposição” por via da família, assume uma dinâmica a que Mendes (1998), citado por Figueiredo (2006), denominou de “*slipping to it*” e “*slipping out of it*”. Isto é, de repente, quase sem saber e sem um processo consciente de decisão, os mais próximos ou mais solidários, assumem a responsabilidade do cuidado, enquanto outros, também potenciais cuidadores, se afastam, podendo levar a que o cuidador assuma uma responsabilidade para a qual não estava preparado.

Imaginário (2008), da análise das narrativas dos cuidadores, para além da ausência de opções, salienta duas categorias de razões que estão na base da motivação para cuidar: a relação e o respeito, designadamente o afeto ou o carinho relacionado com laços de solidariedade, a obrigação associada à consciência do dever, a recompensa ligada a um sentimento de reciprocidade e retribuição e a cumplicidade ou companheirismo e, ainda, zelar pela vontade da pessoa dependente.

A valorização destas “razões”, enquanto significados atribuídos ao papel, conduz a uma visão do processo de transição sob a perspetiva da pessoa que o está a experienciar (Schumacher & Meleis, 1994), sendo a sua consciencialização, por parte do FC, essencial para a compreensão da sua experiência e das consequências que poderá ter na sua saúde.

Na interpretação que os cuidadores fazem acerca da sua situação, os significados que atribuem à situação e aos atos de cuidar é uma condição necessária para que estes reorganizem a sua vida e orientem o desenvolvimento do seu papel. Este processo que Ayres (2000) denomina de “*processo de fazer sentido*” evidencia-se como um dos aspetos fundamentais para a obtenção e manutenção do equilíbrio no desempenho do papel, influenciando as respostas dos CI às situações concretas com que se confrontam.

O “*processo de fazer sentido*” no desempenho dos cuidadores informais, na perspetiva de Ayres (2000), inclui três componentes: expectativas, explicações (baseadas em valores e princípios morais) e estratégias. Estes três componentes interrelacionados

permitem aos cuidadores identificarem as circunstâncias no contexto das suas vidas, não só para selecionar estratégias e gerir essas circunstâncias, mas também para prever os resultados que esperam obter das suas intervenções. As expectativas influenciam as explicações e as estratégias ao providenciarem uma norma sobre a qual os eventos são interpretados e uma base para a avaliação das estratégias face aos resultados esperados. As explicações influenciam as expectativas e as estratégias ao exporem, respetivamente, os riscos e os vários resultados possíveis e as ações que são aceitáveis ou apropriadas. Por sua vez, as estratégias influenciam as expectativas ao especificarem os resultados desejados e influenciam as explicações quando razões práticas ou morais são necessárias para justificar ações ou resultados.

Meleis *et al.* (2000) referem que, ao longo do processo de transição, as pessoas podem simplesmente não ter expectativas ou estas não serem claras, ou, então, serem irrealistas, incongruentes com a realidade, consigo próprio ou com os outros. De acordo com Pereira, H. (2011) e no que diz respeito aos FC, estas situam-se ao nível da avaliação sobre o que significa a PD estar bem e estar preparado para ter alta e regressar a casa (frequentemente o primeiro desencontro entre expectativas), do sucesso que terá no desempenho do papel (essencialmente, ter um desempenho que não prejudique a pessoa cuidada), da capacidade de resposta às necessidades da PD, dos projetos pessoais, das expectativas que as pessoas envolvidas – PD, família, cuidadores formais, sociedade – depositam no FC.

Sobre este assunto, Levine (2004) refere que as expectativas dos profissionais de saúde e do sistema político em relação aos CI é de que estes, embora não pagos, de alguma forma têm de desempenhar as mesmas funções que muitos deles, em particular as funções dos enfermeiros.

Tal como as expectativas, o estatuto socioeconómico poderá constituir-se como uma condição facilitadora ou inibidora ao processo de transição, nomeadamente pelo maior ou menor compromisso que possa constituir no acesso aos recursos de apoio ao AC. O baixo estatuto socioeconómico poderá potenciar a manifestação e experiência de sintomas psicológicos (Meleis *et al.*, 2000), podendo constituir um constrangimento para uma transição saudável para o desempenho do papel. Como fator adicional para a reflexão sobre este aspeto, Deeken *et al.* (2003) referem que a responsabilidade pelo cuidado a familiares no domicílio leva a que um quinto dos CI abandone os empregos, um terço perca as suas economias e 29,0% perca a sua fonte de rendimento.

A incerteza presente no processo de transição para o desempenho do papel de CI, em particular sobre o que se espera e sobre que estratégias podem/devem ser desenvolvidas, entrelaça-se com a necessidade de desenvolvimento de novos

conhecimentos e da preparação antecipada, condição apontada por Meleis *et al.* (2000) na sua teoria como sendo facilitadora da vivência de todo o processo de transição.

O nível de conhecimentos e de capacidades do FC podem ser insuficientes para responder às responsabilidades associadas ao desempenho do papel, podendo influenciar os resultados em saúde. Os CI têm direito a receber a preparação adequada à fase de transição para evitar o prejuízo da sua saúde e inclusão social (Brereton & Nolan, 2002).

Maramba, Richards S, Myers & Larrabee (2004) referem que estudos sobre a preparação do regresso a casa indicam que raramente os conhecimentos e capacidades do FC para o exercício do papel são avaliados e que essa preparação encontra-se pouco estruturada, sendo necessário um planeamento profissionalizado que atenda à centralização das necessidades do cuidador e da pessoa cuidada de forma a facilitar a transição do hospital para o domicílio. Os mesmos estudos, assim como o de Brereton & Nolan (2002), evidenciam que um reduzido número de CI recebe informação/instrução inicial aprendendo por observação passiva e pelo método de tentativa e erro, e que a maioria das PD e dos FC encontra-se insatisfeita com a informação recebida a nível hospitalar, relativamente aos cuidados prestados em casa. Acresce o facto de que a informação e o treino de capacidades para o cuidado são dispensados, apenas, como resposta ao pedido expresso feito pelos CI (Brereton & Nolan, 2000).

De acordo com Schumacher & Meleis (1994) a efetividade desta preparação está em relação com a consciencialização dos problemas, das dúvidas e, também, das necessidades que vão surgindo ao longo de todo o processo de transição. As expectativas outrora referidas por Schumacher & Meleis (1994) como um fator influenciador do processo de transição podem ser entendidas, no modelo proposto por Meleis *et al.* (2000), como parte integrante da condicionante *preparação e conhecimento*. Desta forma, e com base em Schumacher & Meleis (1994), estas expectativas relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, funcionando como um fator facilitador, dado que podem aliviar o *stress* associado à transição.

No âmbito da preparação para o desempenho do papel, as condições sociocomunitárias, que se revelam pelos papéis socialmente definidos e pelos recursos que uma comunidade garante, devem ser consideradas já que podem constituir-se como um factor facilitador (ou inibidor) das transições. No que respeita a este tipo de condições, Meleis *et al.* (2000) salientam o suporte de companheiros e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas. Por outro lado, abordam também algumas condições inibidoras do processo de transição, tais como a insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação da educação para a saúde, o suporte inadequado e a

informação insuficiente ou contraditória, entre outras. Para a efetividade do suporte, Campos (2008) considera que é preciso que ele seja percebido pelos CI e que o alcance deste efeito seja reconhecido pelos profissionais de saúde.

Assim, Schumacher & Meleis (1994) consideram que a consciencialização sobre a influência do ambiente sociocomunitário no qual a pessoa está inserida é extremamente importante para os profissionais de enfermagem, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade no sentido de promover transições saudáveis.

Sendo as transições processos que se desenvolvem ao longo do tempo, com contornos variáveis de pessoa para pessoa, torna-se importante a existência de indicadores que reflitam o estado e a direção da transição, permitindo identificar se a pessoa caminha no sentido da saúde e do máximo bem-estar ou em direção aos riscos e vulnerabilidade. De acordo com Meleis *et al.* (2000) os “*padrões de resposta*” às transições configuram-se como indicadores relacionados com o processo de transição, assim como com o resultado da transição.

Os indicadores relacionados com o processo de transição são medições que permitem saber, em diferentes pontos do processo, como a transição se está a processar; a avaliação deve acontecer em diferentes momentos relacionados com as mudanças e/ou eventos críticos expectáveis no decurso da transição (Schumacher, Jones & Meleis, 1999).

Como indicadores de processo no âmbito de transições que envolvem CI de PD, Shumacher *et al.* (1999) apontam: i) a redefinição de significados (PD e CI fazem, em conjunto, a exploração do significado da transição e atribuem novos significados), ii) a modificação de expectativas (reposicionamento das expectativas na situação actual); iii) a reestruturação de rotinas de forma congruente com a nova situação levando a pessoa a readquirir sentimentos de previsibilidade, gestão e agrado, iv) a aprendizagem de novos conhecimentos e capacidades; v) a manutenção de aspetos da identidade, das relações e do meio ambiente que facilitam o *coping*; vi) o reconhecimento da possibilidade de ganhos (não obstante as perdas); e vii) a procura de oportunidades de desenvolvimento.

Estes indicadores inserem-se nos padrões de resposta às transições que Meleis *et al.* (2000) referem como sendo recorrentes nos estudos sobre transições, designadamente a necessidade de *estar e de se sentir conectado*, de *estar e de se sentir situado* em termos de tempo, espaço, relacionamentos e razões para ser CI. Ou seja, de se considerar parte integrante do contexto em que se encontra inserido, o que significa a evolução na reconstrução das significações da própria pessoa em relação ao ambiente que a envolve e ao *desenvolvimento da confiança e coping*.

Meleis *et al.* (2000) referem, para além da reformulação dos significados, a descoberta, clarificação e aprendizagem de novos comportamentos através da interação cuidador-pessoa cuidada-família-outros (nomeadamente profissionais de saúde). Neste sentido, quer os significados quer os comportamentos deverão constituir-se como um dos elementos a avaliar pelos enfermeiros com o objetivo de promover um contexto harmonioso que facilite o seu desenvolvimento.

O alcance de uma transição saudável é determinado pela extensão com que as pessoas demonstram *identidades flexíveis e integradoras* assim como *Mestria* em capacidades e comportamentos. À medida que as pessoas se aproximam da estabilidade inerente ao fim do processo de transição, verifica-se a obtenção de uma nova identidade, fruto da incorporação de novos conhecimentos, significados e comportamentos (Meleis *et al.*, 2000; Wilson, 1997, referido por Davies, 2005), e a demonstração de *Mestria* no desempenho do papel. Estes padrões de resposta, entendidos como resultados de uma transição saudável, orientam para a identificação de indicadores de ganhos em saúde obtidos pela experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000; Scumacker *et al.*, 2000).

A perceção dos padrões de resposta, de acordo com Zagonel (1999), permite aos enfermeiros uma melhor compreensão acerca do processo de transição experienciado pelos seus clientes, assim como das consequências que este exerce sobre o domínio bio-psico-sociocultural dos indivíduos. Por sua vez, a compreensão da transição permite à enfermagem caminhar para um cuidado mais holístico (Schumacher & Meleis, 1994; Kralik *et al.*, 1997 e Kralik, 2002 referenciados por Kralik, Visentin & van Loon, 2006).

Para Meleis (2010), o processo de transição só se encontra completo quando o indivíduo demonstrar *Mestria*, ou seja, evidenciar habilidades que lhe permitam cumprir a transição com sucesso.

Capítulo 2 - A Mestria no desempenho do papel

A *Mestria*, definida por Meleis (2007) nos seus trabalhos iniciais, encontra-se relacionada com a implementação/suplementação do papel e a avaliação dos resultados em saúde. Atualmente associada ao desempenho do papel, refere a informação específica e necessária para o desempenhar, ou seja, o conhecimento requerido no sentido da implementação dos comportamentos para providenciar os *cuidados requeridos* e que são exigidos pela adoção do papel (Meleis cit. por Shumacher, 1995).

Evidências de estudos desenvolvidos nesta área sugerem que a *Mestria* resulta de um misto de capacidades prévias e de capacidades adquiridas durante a transição e que, ambas, se vão desenvolvendo ao longo deste processo (Meleis *et al.*, 2000).

À medida que as pessoas vão adquirindo um novo sentido de equilíbrio, o seu estado de *Mestria* indicará o nível com que atingiram uma transição saudável. Não obstante, convém ter em mente o facto de que é improvável que a *Mestria* seja alcançada no início da transição (Meleis *et al.*, 2000).

A *Mestria* no sentido de “*Providenciar os cuidados requeridos*” poderá ser encarada, pelo menos, em duas perspetivas: a do FC e a dos profissionais de saúde. Alguns investigadores estudaram a perspetiva do FC (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989; 1992; Miller *et al.*, 1995; Servick, Sereika & Matthews, 1994; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Pearlin & Schooler, 1978; Haley, Levine, Brown & Bartolucci (1987); Kosberg & Cairl, 1991; Levine, Cartwright, Inoue, Stewart, & Archbold, 1998); outros (Kosberg & Cairl, 1991; Levine *et al.*, 1998) estudaram o fenómeno sob a perspetiva dos profissionais de saúde (Shumacher, 1998). A maioria destes estudos associa o bem-estar do cuidador e da pessoa que é cuidada à noção da oferta do “*melhor cuidado*”, reconhecendo-se que a saúde da pessoa que é cuidada está, até determinado ponto, dependente dos cuidados adequados que recebe e, ainda, da posição de vulnerabilidade em que ela se encontra quando o cuidado adequado não é providenciado¹.

Para os CI que se encontram num processo de transição para o desempenho do papel, o desenvolvimento e alcance da competência, do conhecimento e das capacidades para o cuidado é um aspeto importante dado que providenciar o “*melhor cuidado*” é uma premissa central para os CI (Scumacher *et al.*, 2000).

¹ Não obstante, estes estudos salientam, igualmente, o facto de que nem sempre os cuidados prestados pelos CI apresentarem evidência no estado de saúde da pessoa cuidada, uma vez que a deterioração da condição da PD pode ser devida ao envelhecimento e/ou a processos de saúde-doença.

Na revisão da literatura efetuada no sentido da identificação de conceitos relacionados com a noção de “*melhor cuidado*” providenciado pelo FC, Shumacher (1998) constatou a utilização de diferentes conceitos – *Mestria*, autoeficácia, competência, preparação e qualidade do cuidado informal -, considerando que, quer a definição e identificação das respetivas dimensões, quer as tentativas para medir estes constructos, se encontram numa fase inicial².

O conceito de *Mestria*, desenvolvido por Lawton *et al.* (1989) e por (Pearlin & Schooler (1978) foi enquadrado na Teoria de *Coping* e *Stress* de Lazarus e Folkman (Shumacher, 1998; Sherwood, Given, Schiffman, Murman, von Eye, Lovely, Rogers & Remer, 2007) representando o controle do indivíduo sobre as circunstâncias da vida que o afetam significativamente, podendo ser visto como um recurso pessoal que ajuda os indivíduos a lidarem com os agentes *stressores*. Investigadores como Gaugler, Kane & Kane (2005) e Gitlin, Belle, Burgio, Czaja, Mahoney & Gallagher-Thompson (2003) aplicaram o conceito de *Mestria* à situação concreta de cuidados que nomearam como “*Caregiver mastery*”, significando a perceção dos CI acerca do seu valor enquanto cuidadores e da sua capacidade de responder às necessidades de prestação de cuidados do dependente (Sherwood *et al.*, 2007).

O conceito de autoeficácia encontra-se associado às teorias da aprendizagem tendo sido desenvolvido por Albert Bandura no âmbito da Teoria da Aprendizagem Social. Relacionada com o desenvolvimento de competências e da ação regulada, consiste na convicção de que se é capaz de executar com êxito os comportamentos requeridos para produzir as consequências desejadas, influenciando a forma como as pessoas pensam, sentem e se motivam (Bandura, 1997).

A autoeficácia do membro da família é definida por Haley *et al.* (1987) como a confiança que o FC tem sobre quão bem gere os problemas comportamentais e as dependências da pessoa cuidada. Este conceito deriva, tal como a *Mestria*, da Teoria de Stress e Coping de Lazarus e Folkman. Contudo, enquanto a *Mestria* reporta uma perspetiva de avaliação geral do FC sobre a qualidade do seu desempenho, a autoeficácia refere-se à perceção do FC sobre o modo como gere as tarefas e os problemas específicos da pessoa cuidada.

De acordo com Bookwala & Schulz (1998) cit. por Sherwood *et al* (2007), CI com níveis elevados de autoeficácia estão mais preparados para encarar os desafios relacionados com o desempenho do papel, sentem que controlam a situação, estão mais aptos a

² Os instrumentos que Shumacher (1998) reviu relativamente à medição destes conceitos apresentam tendência para coeficientes de consistência interna moderados a baixos.

utilizar estratégias de resolução de problemas, o que poderá resultar na diminuição de sintomas depressivos.

Steffen, Mckibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura (2002) dizem que a autoeficácia detém promessas significativas para explicar a variabilidade nas capacidades dos membros das famílias para lidarem com as necessidades crónicas e com os desafios do cuidar. Especificamente dizem que muitas dúvidas no que concerne ao ato de cuidar podem ser testadas recorrendo à autoeficácia, designadamente, poder-se-ia esperar que pessoas com elevado nível de autoeficácia para enfrentar os desafios do cuidar assumissem o papel de cuidador principal duma PD. Igualmente seria esperado que continuassem com o desempenho do papel à medida que a situação de saúde do familiar se deteriorasse e as tarefas inerentes se tornassem progressivamente mais difíceis, que conseguissem lidar com a situação com baixos *níveis* de *distress* emocional ou depressão e que requeressem relativamente poucos apoios para manterem a sua saúde física ou emocional.

A preparação definida por Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, (1990) tem uma conotação antecipatória, designadamente o facto de os CI se sentirem bem preparados para o desempenho do papel (Shumacher, 1998).

A competência refere a perceção dos CI acerca da adequação da sua *performance* ao desempenho do papel ou da sua qualificação para o assumir (Pearlin *et al.*, 1990).

Neste contexto, os CI referem a necessidade de se sentirem competentes no cuidado que vão prestar e que isso poderia acontecer se fossem observados no seu desempenho por profissionais de quem pudessem receber suporte e reforço (Brereton & Nolan, 2000; Cameron & Gignac, 2008).

Na perspetiva de Shumacher *et al* (2000), a *Mestria* do papel é semelhante à competência do papel, definida como a capacidade para o seu efetivo desempenho ou a propriedade de possuir os conhecimentos, capacidades e recursos necessários para *providenciar os cuidados requeridos*, entendidos na perspetiva de Schumacher *et al* (2000) como o “*melhor cuidado*” (*Doing family caregiving well*). Para Meleis (2010), inclui componentes como a qualidade dos cuidados e o conhecimento ou capacidades cognitivas e psicomotoras, capacidade de tomada de decisão e autoconfiança.

Alguns autores têm vindo a debruçar-se sobre as capacidades que são necessárias para que seja providenciado o “*melhor cuidado*”, designadamente Shoenfelder (2000), Shyu (2000), Shumacher *et al.* (2000) e Imaginário (2008).

Shoenfelder (2000) refere-se aos “*cuidados requeridos*” agrupando-os em dois conceitos: os cuidados diretos e os cuidados indiretos. Quer uns, quer outros, referem-se à “Provisão, da parte do cuidador da família, de cuidado pessoal e de saúde adequados

para o membro necessitado” (Moorhead, Johnson & Mass, 2008, p.346 e 348). A sua diferenciação faz-se pela natureza das tarefas que são desempenhadas.

São indicadores dos cuidados diretos: i) o conhecimento sobre o processo de doença e o plano do tratamento; ii) a adesão ao plano de tratamento; iii) a execução dos tratamentos; iv) a assistência nas atividades de vida diária, básicas e instrumentais; v) a provisão de suporte emocional ao recetor dos cuidados; vi) a antecipação das necessidades do recetor dos cuidados; vii) a demonstração de consideração incondicional para com o recetor dos cuidados; viii) a monitorização das suas capacidades relativamente à prestação de cuidados; ix) a manutenção de um ambiente seguro; x) a confiança no desempenho das tarefas; e xi) a vigilância do estado de saúde da pessoa cuidada (Morhead *et al.*, 2008).

Os cuidados indiretos reúnem: i) a confiança na solução de problemas; ii) o reconhecimento de mudanças na condição de saúde e no comportamento da pessoa cuidada; iii) a habilidade na antecipação das necessidades do recetor do cuidado; iv) a obtenção do transporte, equipamentos e suprimentos necessários para o recetor dos cuidados; v) as capacidades na supervisão da provisão dos cuidados; vi) a demonstração de consideração pelas necessidades da pessoa cuidada; vii) a habilidade na perceção de problemas com os provedores de cuidados diretos; ix) a confiança no desempenho das tarefas e x) o reconhecimento das exigências de segurança (Morhead *et al.*, 2008).

Para Imaginário (2008), cuidar implica que os cuidadores prestem ao dependente, cuidados de vária ordem: instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). Os cuidados expressivos são sobretudo os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individuação dos cuidados).

Shyu (2000) refere que, no processo que os CI encetam no sentido de “*encontrar um ponto de equilíbrio*”, as capacidades por eles desenvolvidas situam-se ao nível da i) gestão dos problemas comportamentais e emocionais da pessoa cuidada; ii) gestão do regime terapêutico da pessoa cuidada e manutenção da sua autoestima; iii) modificação do ambiente; iv) alteração das atividades de prestação de cuidados e dos horários da pessoa cuidada; v) construção ou reconstrução e gestão de uma equipa para a prestação de cuidados, vi) consideração de alternativas; vii) utilização de estratégias inovadoras para cuidar e viii) do envolvimento da PD em atividades de AC e da ix) gestão do tratamento.

No âmbito das capacidades para o desempenho do papel de FC, Shumacher *et al* (2000) referem que os estudos desenvolvidos se têm centrado sobretudo ao nível do *coping* e menos ao nível das capacidades para *providenciar o cuidado requerido*. Preferindo o termo “*capacidades para o cuidado*” (*Caregiving skill*), ao invés de “*capacidades do cuidador*” (*Caregiver skill*), realizaram um estudo no sentido de desenvolver esse conceito através da análise qualitativa a entrevistas realizadas a clientes sujeitos a quimioterapia e respetivos FC, sem antes terem feito uma incursão pela literatura existente neste âmbito.

Assim, tal como Shyu (2000), elencam as capacidades que, por via dos estudos realizados, foram identificadas como necessárias na prestação do “*melhor cuidado*” pelos membros da família à PD. Para além dos nove processos de cuidar, os autores enunciam para cada um deles indicadores da prestação de cuidados, num total de sessenta e três, os quais são indicativos do nível de competência com que cada processo é desempenhado. Referem que estes processos e respetivos indicadores oferecem a moldura para uma abordagem de avaliação inicial e contínua dos FC que difere da prática habitual de enfermagem de determinar se os cuidadores estão corretamente seguindo as orientações fornecidas.

Os processos identificados por Shumacher *et al.* (2000) referem-se a:

- i) monitorizar - processo de observar como a pessoa cuidada se encontra, assegurando que possíveis mudanças na sua condição de saúde possam ser detetadas;
- ii) interpretar - processo de atribuir um sentido àquilo que é observado;
- iii) decidir - processo de optar por uma determinada ação com base na situação que é observada e interpretada;
- iv) agir - processo de levar a cabo as decisões e instruções;
- v) ajustar - processo de refinamento progressivo das ações até que a melhor estratégia seja encontrada;
- vi) aceder a recursos - processo de obter aquilo que é necessário para providenciar os cuidados, o que inclui a informação, os equipamentos para uso domiciliário, a assistência de serviços da comunidade, a ajuda com a lida da casa e com os cuidados pessoais;
- vii) providenciar cuidados - processo de executar procedimentos relacionados com o cuidado à PD;
- viii) trabalhar com a pessoa cuidada - processo de partilhar os cuidados com o recetor do cuidado no sentido do respeito pela autonomia e personalidade de ambos;
- ix) negociar com o sistema de saúde - processo de garantir que as necessidades da pessoa cuidada sejam satisfeitas adequadamente.

Shumacher *et al.* (2000) para além de definirem as capacidades para o cuidado como “a capacidade de se envolver de forma suave e efetiva no processo de cuidar”³ (p.199) expõem, ainda, três propriedades que caracterizam a natureza das capacidades relacionadas com a provisão do “*melhor cuidado*”: a primeira refere que as capacidades para o cuidado consistem numa mistura de capacidades previamente adquiridas, designadamente de resolução de problemas, de gestão e interpessoais, e de capacidades conseguidas ao longo do processo de transição, o que, em nosso entender, remete, no âmbito dos CE, para a importância da sua exploração, nomeadamente pela identificação de histórias de um passado mais ou menos recente de experiências de prestação de cuidados. A segunda propriedade faz emergir o facto de que as capacidades para o cuidado envolvem o conhecimento integral da PD, incluindo aspetos relacionados com a sua identidade, preocupações, história pessoal e condição de saúde-doença. A terceira propriedade refere que as capacidades para o cuidado se desenvolvem ao longo do tempo e com a própria experiência de cuidado.

Shumacher *et al.* (2000), tendo em conta o facto do estudo realizado para a identificação destes processos e respetivos indicadores estar situado numa situação específica (CI de pessoa sujeita a quimioterapia) alertam para a necessidade da replicação em outras situações de cuidado de forma a estabelecer similaridades e diferenças nas capacidades de cuidado em situações clínicas e características populacionais diferentes.

Assim, se a *Mestria* no desempenho do papel de CI se refere à propriedade de possuir os conhecimentos, capacidades e recursos (internos e externos) necessários para providenciar o *melhor cuidado*, significa que os cuidadores não só devem estar habilitados para prestar cuidados de diferente índole e complexidade mas também devem sentir-se competentes para a, e na, execução desses cuidados.

Este é um processo que requer “*tempos*” de aprendizagem e de ajuste não sendo previsível nem expectável que a *Mestria* se evidencie nas fases mais iniciais da transição (Meleis *et al.*, 2000).

³ Do inglês “*ability to engage effectively and smoothly in the nine core caregiving process*”

Capítulo 3 - A ação profissional na transição para o desempenho do papel de FC

A enfermagem é uma disciplina profissional. O âmbito disciplinar relaciona-se com o estudo das respostas humanas à doença e aos processos de vida. O exercício profissional de enfermagem está centrado no diagnóstico das respostas humanas e nas intervenções daí decorrentes (Fawcett, 2000). O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A ação profissional de enfermagem é desenvolvida em vários e diferentes locais, designadamente os domicílios dos clientes, consoante o seu foco de atenção e a natureza das suas intervenções. Independentemente do lugar onde o exercício profissional acontece, deve assentar em teorias e modelos próprios da profissão que mais se ajustem à promoção da qualidade dos cuidados, na certeza de que as teorias não são competitivas mas complementares entre si (Meleis, 2007).

No âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI a ação profissional de enfermagem acontece, maioritariamente, no domicílio dos próprios no seu contexto familiar e social, assumindo como referência as estruturas dos clientes e seus familiares e não as do enfermeiro. Este deve estar no domicílio dos clientes para escutar as suas histórias, ouvir o significado dos seus estados de espírito e das suas emoções por detrás das palavras, de modo a penetrar na realidade da situação vivida. Estabelecida a relação de confiança, são criadas as condições para que os enfermeiros implementem as intervenções ajustadas a cada situação concreta (Watson, 2002).

Ponderando os elementos que estão na base da compreensão do processo de transição para o desempenho do papel de FC de PD e, também, à sua consideração como um foco de atenção dos CE, importa analisar de que forma os profissionais de enfermagem podem atuar com as pessoas que se encontram a experienciar este processo.

A transição para o desempenho do papel, é um processo de aprendizagem de comportamentos necessários para o desempenho efetivo do novo papel que poderá ser facilitado ou inibido pela congruência alcançada entre os papéis anteriores e o(s) atual(is) e a antecipação das mudanças associadas à assunção do novo papel (Louis, 1980; Minkler & Biller, 1979 citados por Kelly e Lakin, 1988 in Meleis, 2010). A antecipação da mudança é fortemente influenciada pela maior ou menor liberdade presente na tomada de decisão sobre a assunção do papel, por experiências anteriores e pela prontidão para o seu desempenho (Allen & Van de Vliert, 1984 citados por Kelly & Lakin, 1988 in Meleis, 2010). Adicionalmente, a transição pode ser facilitada pela apropriação das expectativas

relacionadas ao desempenho do papel (Mederer, 1984; Minkler & Biller, 1979 citados por Kelly & Lakin, 1988 in Meleis, 2010).

Alguns modelos e/ou abordagens foram identificados como tendo sido largamente aplicados no âmbito das terapêuticas de enfermagem a pessoas em processo de transição, em particular para o desempenho do papel de CI, designadamente a “*avaliação da prontidão*” (*assessment of readiness*), a “*preparação para a transição*”, a “*suplementação do papel*”, (*role supplementation*) (Shumacher & Meleis, 1994 in Meleis, 2010), o “*cuidado transicional*” (*Transitional care*) e o “*debriefing*” (Meleis, 2010). De acordo com Meleis (2010), estas abordagens devem ser entendidas como exemplos de molduras conceituais orientadoras das intervenções terapêuticas a implementar ao longo de processos de transição, e não como uma representação exaustiva das possibilidades existentes.

A “*avaliação da prontidão*” inclui a exploração das condições facilitadoras e inibidoras das transições identificadas na teoria de Meleis *et al.* (2000) de forma a criar perfis individuais; a educação é a base da “*preparação para a transição*”, requerendo o tempo necessário e suficiente para a assunção das responsabilidades e para o desenvolvimento das capacidades requeridas pela transição; a “*suplementação do papel*” tem sido usada em diferentes contextos, em particular com os CI; o “*cuidado transicional*” (Naylor & Van Cleave, 2010 in Meleis 2010) reporta intervenções de preparação para a alta as quais serão continuadas no domicílio, através de vigilância e monitorização do cliente; o “*debriefing*” é definido como um processo de comunicar a outros as experiências vividas em torno de eventos críticos (Meleis, 2010).

A “*suplementação do papel*”, um dos modelos de intervenção terapêutica de enfermagem desenvolvidos por Meleis nos anos sessenta, tem sido usada para facilitar transições saudáveis em diferentes contextos, em particular com os CI. É definida como um processo deliberado através do qual o *risco para a insuficiência do papel* ou mesmo a *insuficiência do papel* (*role insufficiency*) é identificado por quem o desempenha ou por aqueles que com ele interagem. O risco para ou a insuficiência do desempenho do papel está relacionado com o défice de clarificação acerca das expectativas, dos conhecimentos, atitudes, valores e capacidades essenciais ao desempenho do novo papel (Allen & Van de Vliert, 1984; citados por Kelly & Lakin, 1988 in Meleis, 2010).

A “*suplementação do papel*” pode ser o meio através do qual a *Mestria* no desempenho do papel pode ser alcançada, requerendo, para o efeito, o conhecimento e a experiência necessários à consciencialização do novo papel e à dinâmica das inter-relações com os outros papéis (Meleis, 2010). Operacionaliza-se através de estratégias como:

- i) a “*modelagem do papel*” (“*role modelling*”) - demonstração de comportamentos associados ao papel a desempenhar⁴;
- ii) o “*ensaio do papel*” (*role rehearsal*) - encenação/imagem antecipada sobre o que o papel será;
- iii) o “*treino do papel*” (*role play*) - treino de comportamentos através da simulação de situações reais⁵;
- iv) a “*interação com grupos de referência*” (*reference group interaction*) - interação com pessoas que estão a experienciar transições semelhantes, tais como grupos de suporte (Meleis, 2010; Meleis, 1975 citada por Kelly & Lakin, 1988 in Meleis, 2010).

Estas estratégias facilitam a “*clarificação do papel*” (*role clarification*), isto é, a identificação apropriada dos comportamentos associados ao papel⁶ e a “*apropriação do papel*” (*role taking*), ou seja, a demonstração efetiva dos comportamentos requeridos pelo papel (Meleis, 2010; Meleis, 1975 citada por Kelly & Lakin, 1988 in Meleis, 2010).

A “*suplementação do papel*” enquanto modelo de intervenção terapêutica no âmbito da transição para o desempenho de papel de CI é proposto tanto numa perspetiva preventiva como curativa, tendo como aspetos o desenvolvimento da compreensão do papel, a recriação das identidades a ele associadas, assim como a aquisição das capacidades necessárias ao seu desempenho (Meleis, 2010; Kelly & Lakin, 1988 in Meleis, 2010). Pretende o desenvolvimento do conhecimento e das capacidades necessárias para que quem desempenha o papel e os que com ele interagem se consciencializem e se apropriem dos padrões de comportamento associados/esperados, dos sentimentos, sensações e objetivos relacionados com o papel. Este modelo de intervenção terapêutica no âmbito da transição para o desempenho do papel ajuda aquele que o assumiu a mover-se em direção à *Mestria*. Os CI têm que estar conscientes das contingências associadas à transição para o desempenho do papel de modo a atingirem a *Mestria*, que pode ser alcançada pela promoção do conhecimento sobre as mudanças decorrentes da assunção do papel, as repercussões associadas e as expectativas pessoais em articulação com as daqueles com quem interagem e vice-versa (Swenden *et al.*, 1978 in Meleis, 2010).

Em particular, a *clarificação do papel* reporta a concretização dos comportamentos, sentimentos e metas ligados ao papel no contexto de uma situação específica, potenciada através da interação com outros a viverem a mesma experiência

⁴ Andrade (2009) e Cuesta-CBenjumea (2004), no seu estudo com cuidadores verificaram que estes referiram como fonte de aprendizagem, entre outras, a observação do trabalho dos profissionais.

⁵ Andrade (2009) e Brêtas & Yoshitome (2000) referem que os CI foram de opinião de que a prestação dos cuidados conjunta com o PD e CI, na situação real do domicílio, facilita a aprendizagem de capacidades.

⁶ No caso do FC pode incluir informação acerca da condição patológica, condição de saúde, plano terapêutico.

(individualmente ou em grupo), pelos reforços ao papel, pela observação de outros no desempenho do papel e pela educação intencional e programada sobre o papel (Meleis, 2010).

O reconhecimento, por parte dos profissionais, do conhecimento que os FC possuem sobre a pessoa cuidada, das capacidades desenvolvidas na prestação de cuidados e do quão prestam bons cuidados às PD constitui uma estratégia de clarificação do papel tendendo à construção de um sentido de competência no cuidar (Cameron & Gignac, 2008; Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris & Moldovan, 2007).

No sentido da facilitação da transição para o desempenho papel, os CE têm que ter em conta o facto de que os CI necessitam de ter noção dos limites sociais associados ao papel, assim como a ideia clara do tipo de comportamentos que os outros esperam sejam por ele adotados, e a consciência das expectativas mútuas associada à complementaridade dos papéis. Neste contexto, a clarificação do papel promove a redução da ambiguidade e do conflito das expectativas ligadas aos papéis (Meleis, 2010).

Deste modo, a *clarificação do papel* tende a que o FC adquira e domine os comportamentos e os sentimentos associados ao novo papel através da obtenção de conhecimento sobre as implicações em termos de comportamento, de sentimentos e de objetivos, assim como dos custos e benefícios associados ao papel (Meleis, 2010). Na perspetiva de Meleis (2010) existe uma relação de interdependência entre a *“suplementação do papel”*, a *“insuficiência do papel”* e a *“Mestria”*. Quanto mais precocemente a *“suplementação do papel”* for implementada, menor é a probabilidade de acontecer a *“insuficiência do papel”* e, por outro lado, maior a probabilidade do FC atingir a *Mestria*.

Na adequação das estratégias anteriormente referidas à natureza e condição individual do processo de transição experienciado por cada CI, considerámos, tal como Wright (2005), ser necessário, por parte dos profissionais de enfermagem, uma atitude de curiosidade permanente sobre a forma como aqueles vivem o seu processo de transição para o desempenho do papel de CI. Deste modo, é fundamental que os enfermeiros permitam a expressão e a emersão dos conhecimentos do cliente, pois são eles a fonte privilegiada de informação (Collière, 2003).

O modelo de transições proposto por Meleis e seus seguidores constitui uma referência para a compreensão de todo o processo de transição encetado pelos CI; no entanto, deve ter-se em conta de que a plenitude desta compreensão só é possível através do ponto de vista dos próprios CI. Neste sentido, as estratégias dos CE devem ter como base a compreensão da transição a partir da perspetiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades da pessoa através dessa mesma abordagem (Zagonel, 1999).

Neste contexto, Shumacher *et al.* (2000) consideram que o *assessment* é um pilar dos CE, sendo necessário conceber métodos e instrumentos que organizem e tornem esta atividade, o mais possível, precisa, abrangente e replicável. Alertam, não obstante, para o facto de que a avaliação dos comportamentos de cuidado por uma pessoa exterior à situação pode, inadvertidamente ou de forma insensível, assumir um julgamento desprendido da perspetiva do cuidador, aspeto que os enfermeiros têm que ter em conta na sua prática avaliativa. Idealmente, a avaliação inicial e contínua efetuada pelos enfermeiros tem que ser plasmada numa abordagem compreensiva das perceções do cliente.

A inserção do *assessment* no modelo de transições como base para as intervenções terapêuticas sugere a observância de alguns princípios: i) deve ser um processo contínuo, dada a natureza dinâmica das transições (Mc Cracken, 1994; Moneyham & Scott, 1995 citados por Schumacher *et al* 1999 *in* Meleis, 2010); à medida que a transição evolui, é necessário explorar mudanças e desenvolvimentos; ii) deve abranger todo o processo de transição de modo a que as IE possam acompanhar a evolução e desenvolvimento do próprio processo de transição; a ideia, de sequência linear, de que as IE se iniciam com o *assessment* e continuam, sucessivamente, pelo planeamento, implementação e avaliação não é congruente com a natureza do processo de transição; iii) deve estar orientado para a identificação de indicadores de processo e de resultado nos pontos críticos que caracterizam as transições; iv) deve basear-se em instrumentos que organizem a colheita de dados inicial e os períodos de avaliação definidos dado que oferecem medidas objetivas da situação do cliente alertando os enfermeiros para possíveis desvios dos padrões identificados em populações idênticas e dos próprios padrões do cliente (Schumacher *et al*, 1999 *in* Meleis, 2010).

Aos enfermeiros, principais cuidadores dos clientes e famílias que se encontram a experienciar transições (Meleis *et al.*, 2000), compete, a partir da compreensão da experiência vivida pelos CI, prepará-los para os desafios que se avizinham, através de um processo de desenvolvimento e aquisição de novas competências relacionadas com os requisitos inerentes à experiência de transição para o desempenho de papel de CI.

A educação para a saúde surge como um meio privilegiado para possibilitar a preparação dos clientes para as transições que se avizinham. No entanto, deverá ser planeada e implementada no tempo suficiente que permita o respeito pelo ritmo de aprendizagem individual de cada CI, de modo a uma gradual incorporação de novas responsabilidades e desenvolvimento de novas competências (Schumacher & Meleis, 1994). De acordo com Schumacher *et al.* (2000), períodos breves e não sistemáticos de ensino podem não resultar, corroborando a importância deste ser de forma continuada e prolongada.

Tanto Shyu (2000) como Brereton & Nolan (2002), na sua descrição do processo empreendido pelos CI e recetores dos cuidados para alcançarem um padrão harmonioso de prestação de cuidados apontam para o ensino, nomeadamente o treino de capacidades, como IE a implementar em todas as fases que caracterizam aquele processo. Em concreto, referem que as necessidades dos FC se situam ao nível: i) da condição da PD, designadamente, sobre a progressão expectável; ii) do evento causador de dependência; iii) da sintomatologia associada à condição da PD, nomeadamente, dos sinais e sintomas de alarme para a deteção de problemas; iv) do regime medicamentoso; v) da monitorização e gestão dos sintomas e dos cuidados pessoais; vi) da gestão de situações de emergência; vii) dos cuidados requeridos. Estas necessidades de informação foram, igualmente verificadas no estudo de Andrade (2009) desenvolvido com CI de idosos dependentes no domicílio e, ainda, sobre formas de relacionamento/comunicação com a pessoa idosa. Os CI que participaram no estudo referiram ter aprendido com os enfermeiros estes aspetos e, ainda adquiriram conhecimento sobre os recursos comunitários existentes, a aquisição de dispositivos e/ou de ajudas técnicas, sobre administração de medicamentos, promoção da reabilitação da pessoa idosa e sobre mecanismos de proteção do cuidador na prestação de cuidados, para os quais não estavam sensibilizados mas que consideravam fundamentais para o desempenho do papel.

No entanto, alguns autores referem que, nos estudos realizados, há referência por parte dos CI de não se sentirem alvos intencionais de ensino por parte dos profissionais no contexto da preparação para o regresso a casa (Smith, Lawrence, Kerr, Langhorne & Kennedy, 2003), avaliando a informação recebida como inadequada, insuficiente e não providenciada nos momentos mais oportunos (Smith *et al.*, 2003; Grimmer, Moss & Gill, 2000; Grimmer *et al.*, 2004), ou, por vezes, incompreensível (Rotondi *et al.*, 2007).

A *suplementação do papel* foi utilizada por Shumacher *et al.* (1999) como estratégia de intervenção terapêutica de enfermagem tendo como alvo idosos confrontados com algum tipo de dependência em resultado de uma condição crónica com a finalidade de promover uma transição saudável. A utilidade do modelo relaciona-se com o facto de se consubstanciar num processo de trazer à consciência os comportamentos, sentimentos, sensações e objectivos envolvidos em determinada função e de facilitar o processo de aquisição de novos conhecimentos e capacidades, aspetos particularmente importantes nas pessoas que estão a viver um novo papel ou uma transição para um papel de longa duração, nomeadamente a transição para o desempenho do papel de CI. Sugerem como intervenções a utilizar: observar a pessoa no desempenho do papel, treinar o papel, mobilizar um grupo de referência responsável por satisfazer as necessidades da pessoa,

criar um ambiente saudável e identificar e gerir os recursos disponíveis (pessoais, familiares, comunitários).

Assim, partilhando do que é defendido por Nolan & Grant (1989), que a assistência aos CI tem que ser vista como legítima e estes como alvo das IE, somos de opinião de que aos enfermeiros e às estruturas que os suportam cabe consciencializar para este facto e enveredar por modelos de cuidados que valorize os CI no exercício do seu papel.

Deste modo, a ação profissional de enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel no sentido do desenvolvimento e alcance da *Mestria* terá que estar sustentada em estratégias que permitam a compreensão da experiência a partir do ponto de vista de quem a experiencia, que tome em conta a sua dimensão individual, subjetiva e temporal, assim como as condições em que elas acontecem.

A compreensão da experiência de transição para o desempenho do papel a partir do ponto de vista dos próprios CI constitui a base para o planeamento e implementação de IE favorecedoras de respostas relacionadas com o reconhecimento e integração harmoniosa da prestação de cuidados nas suas vidas e da aprendizagem de capacidades relacionadas com o desempenho do papel. Assumindo como referência os domínios dos CE referidos por Benner (2005), as funções de “*ajuda*” e de “*educação e orientação*” são fundamentais para criar um ambiente propício e favorável à adaptação ao desempenho de um novo papel e para guiar o FC ao longo deste percurso quer numa perspetiva de preparação para as mudanças associadas à adoção do papel, quer de prevenção dos efeitos negativos com ele relacionados; em última instância, assistindo o FC a caminhar no sentido de garantir o “*melhor cuidado*” à PD no contexto de uma interação com benefícios expectáveis para ambos.

É fundamental desenvolver modelos de cuidados centrados no FC, com enfoque no desenvolvimento do conhecimento, capacidades e recursos (internos e externos) necessários para providenciar o “*melhor cuidado*”, de modo a que a transição para o desempenho do papel se concretize numa experiência positiva.

Parte II

Transição para o desempenho do papel de FC: enquadramento metodológico

A segunda parte desta tese centra-se em torno dos aspetos metodológicos do estudo levado a cabo. Primeiro aludimos ao paradigma onde se inscreveu este processo de investigação para, de seguida, enquadrar a IA como cenário para a condução da ação e para a recolha de dados, tendo em conta o facto desta se adequar à finalidade do estudo: a co-construção de um modelo para a ação profissional dos enfermeiros facilitador da transição para o desempenho de papel de CI.

Os instrumentos para a recolha de dados são também, aqui, descritos com referência ao tipo e finalidade do instrumento utilizado, bem como à fase em que se reporta a sua aplicação. Do mesmo modo, os métodos para a análise dos dados constituem outro capítulo integrado nesta parte do relatório, no qual se faz referência às técnicas utilizadas.

Finalmente apresentam-se os aspetos relacionados com as questões associadas ao rigor da investigação quer numa perspetiva metodológica, quer ética.

Salienta-se que, como ponto de partida para este estudo, como esperado, existia um conjunto de objetivos e procedimentos que seriam tomados em consideração no decurso da investigação. Todavia, dado o paradigma em que este processo de investigação se inscreve, em particular a sua natureza flexível e a necessidade de manter um estado de permanente abertura aos contributos dos diferentes participantes, o desenho inicial foi repensado e ajustado em diferentes momentos.

Capítulo 4 – O paradigma da investigação

A produção do conhecimento em enfermagem tem assumido o método científico como eixo estruturante, a partir do qual as oportunidades de desenvolvimento oriundas da prática clínica são exploradas no sentido do seu aprofundamento e iluminação.

Na perspetiva de Collière (1989), a investigação deve contribuir para transformar as práticas desenvolvendo teorias adequadas à representação do mundo empírico, permitindo a organização da realidade através de inferências que são sistematicamente conferidas no processo de pesquisa.

A questão dos paradigmas onde se plasma a investigação encontra-se, na atualidade, nomeadamente na enfermagem, em pleno processo de revisão, verificando-se uma pluralidade paradigmática (Egry, 2007). Não obstante, a existência de múltiplos paradigmas é indicadora de uma comunidade científica saudável porque encoraja a criatividade, estimula o debate e a troca de ideias, fornece uma diversidade de pontos de vista e mantém abertos vários caminhos para a investigação e desenvolvimento profissional (Monti & Tingen, 1999).

Na tomada de decisão sobre o paradigma que melhor enquadra uma investigação é importante ter em atenção três questões que, interligadas, são fundamentais no início de qualquer processo de investigação: i) a ontológica; ii) a epistemológica iii) a metodológica (Guba & Lincoln, 1994).

A questão ontológica refere-se ao modo como o investigador encara a realidade; como as coisas são e funcionam. Reporta-se à natureza da realidade e o que se pretende conhecer dela. Concretiza-se na pergunta *“Qual é a natureza da realidade que conhecemos?”* (Oliveira-Formosinho, 2002 in Oliveira-Formosinho & Kishimoto, 2002, p.101).

A questão epistemológica trata da natureza da relação entre o investigador e o que pode ser investigado. Está associada à natureza da relação entre o que se conhece, o que se procura conhecer e o que pode ser conhecido, centrada na forma como se pode entender essa realidade. Só sabemos o que realmente pode ser investigado quando respondemos, primeiramente, à questão ontológica, a qual define como as coisas são e funcionam na realidade. Concretiza-se na resposta à pergunta *“Qual é a natureza da relação entre sujeito e objeto do conhecimento?”* (Oliveira-Formosinho, 2002 in Oliveira-Formosinho & Kishimoto, 2002, p.101).

A terceira e última questão, a metodológica, refere o modo como o investigador pode agir perante o objeto de pesquisa. Integra os modos de aceder à realidade que se pretende

conhecer. Concretiza-se na resposta à pergunta “*Quais as formas privilegiadas para construir o conhecimento?*” (Oliveira-Formosinho, 2002 *in* Oliveira-Formosinho & Kishimoto, 2002, p.100). Mesmo assim, a questão metodológica só pode ser resolvida a partir do momento em que estejam claras a natureza da realidade e a natureza das relações com esta realidade.

É a questão onto-epistemológica que determina a decisão metodológica, tendo em conta as orientações epistemológica/filosófica e processual (Apóstolo & Gameiro, 2005).

O paradigma construtivista, quanto aos seus aspetos ontológicos, é caracterizado pelo relativismo, ou seja, a realidade é e vai sendo construída localmente de acordo com bases sociais e experimentais específicas de cada indivíduo. As realidades existem sob forma de múltiplas construções mentais, fundadas nas experiências sociais de quem as formula. Considera que “a realidade existe enquanto construção mental, dependendo a sua forma e conteúdo das vivências sociais de cada um” (Oliveira-Formosinho, 2002 *in* Oliveira-Formosinho & Kishimoto, 2002, p.101) situadas num dado espaço e tempo. Neste sentido, Denzin & Lincoln (2006 *in* Denzin, Lincoln & col. 2006) consideram que o construtivismo adota uma ontologia relativista, pois trata-se de “realidades construídas em planos locais e específicos” (Lincoln & Guba, 2006 *in* Denzin, Lincoln & col., 2006, p. 164) e, nesta perspetiva, não há realidade mas realidades.

Quanto aos aspetos epistemológicos, o paradigma construtivista é subjetivo e transacional, ou seja, o investigador e o objeto de investigação são tão interligados que os resultados são literalmente criados no decorrer do processo investigativo (Guba & Lincoln, 1994).

Segundo Denzin & Lincoln (2006 *in* Denzin, Lincoln & col. 2006, p.164) a abordagem construtivista possui um “compromisso para com o estudo do mundo a partir do indivíduo em interação”. Logo, em termos epistemológicos, o conhecimento produzido pelo investigador caracteriza-se por ser “transacional/subjetivista” e as “descobertas criadas” por ele fazem-se através de um acumulo de conhecimento que conduz a “reconstruções mais informadas e sofisticadas” (*Ibidem*, p.172).

Metodologicamente, o paradigma construtivista baseia-se nos conceitos da hermenêutica. A natureza das construções sociais sugere que as construções individuais só emergem e se refinam através da interação entre investigador e objeto; as construções individuais são sempre provocadas e refinadas através da hermenêutica e controladas dialecticamente (Lincoln & Guba, 2006 *in* Denzin, Lincoln & col., 2006).

Guba & Lincoln (1994) *in* Denzin & Lincoln (1994) concebem o construtivismo como um meio de conhecer a realidade através de transações dialéticas. O conhecimento surge

num enquadramento destas transações através de construções consensuais que levam à mudança de significados e a novas realidades.

Do ponto de vista ontológico/epistemológico, consideramos que a investigação necessita ser centrada numa abordagem do desenvolvimento da enfermagem que aumente o potencial do exercício profissional dos enfermeiros para responder às necessidades da população que é alvo dos CE, não circunscrevendo a discussão epistemológica, apenas, ao desenvolvimento e afirmação da disciplina de enfermagem. Defendemos que tal deverá acontecer a par e passo com o desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros, antecipando o risco de um desenvolvimento teórico não transferível para o domínio da prática de cuidados.

Deste modo, no estudo que desenvolvemos, partimos da tese (investigador e enfermeiros) de que os CE no âmbito do desempenho do papel de CI podiam e careciam de ser reconstruídos de modo a melhor responderem, por um lado, às necessidades de organização do processo de tomada de decisão em enfermagem e, sobretudo, por outro, às necessidades do FC no decurso da transição para o desempenho do papel.

O desenvolvimento deste processo apelou ao envolvimento ativo investigador-enfermeiros num dado contexto de ação – a UCD do CSPD -, no sentido da compreensão da sua natureza. A partir das construções mentais dos enfermeiros fundadas nas suas experiências individuais e coletivas, atendendo à subjetividade associada à interpretação da realidade e tendo como premissa que a co-construção do conhecimento se faz pela racionalidade dialética, evoluiu-se para a conceção de um modelo de organização e documentação dos CE no sentido da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI.

Inscreveu-se a exploração do fenómeno em estudo numa dinâmica de envolvimento e participação dos diferentes atores, na observância da subjetividade inerente ao processo de reconstrução dos CE ao FC de PD.

Como objeto de estudo, assumiu-se os CE, no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC, na UCD, incorporando a complexidade, a imprevisibilidade e a realidade multiversa no processo de reconstrução do conhecimento.

Como fonte de dados privilegiou-se os discursos sobre a prática clínica de enfermagem no ambiente natural onde acontece, visando a interpretação das vozes (falada ou escrita) dos sujeitos e a procura dos seus significados. Valorizou-se mais o processo do que os resultados, enfatizou-se a análise indutiva e iterativa dos dados e a compreensão a partir das perspetivas dos participantes (Bogdan & Biklen, 1994), baseada nas realidades percecionadas e orientadas para a transformação destas mesmas realidades complexas e dinâmicas (Boyd, 1993). Por isso as interações com as práticas e os seus atores

constituíram-se como oportunidades de situar os problemas no seu contexto, descrevendo-os nesse contexto (Flick, 2005), contribuindo para a co-construção de uma nova realidade.

Inserimos o estudo no paradigma construtivista dada a sua adequação ao que se pretendeu conhecer, ao envolvimento do investigador e à subjetividade inerente ao processo de construção, com os enfermeiros, do modelo para a organização e documentação dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI. Intentou-se compreender a natureza da realidade como uma construção mental, específica e local e a existência de construções mentais coletivas relacionadas com a realidade dos CE ao FC de PD. O investigador esteve subjetiva e interativamente ligado à exploração da realidade e à construção do conhecimento, o qual derivou das construções interpretadas num quadro de transações dialéticas, no sentido da reconstrução do entendimento sobre o fenómeno (Guba & Lincoln, 1994).

Capítulo 5 - A investigação-ação como opção metodológica

A origem da IA é atribuída a Kurt Lewin, psicólogo alemão que na década de quarenta introduziu esta estratégia como uma nova forma de investigar no âmbito das ciências sociais, combinando a criação de teoria com mudanças no sistema social. Articulando a produção de conhecimento com as mudanças nos sistemas sociais, participantes e investigador interagem num processo colaborativo no sentido da descoberta de novos caminhos com vista à mudança desejada (Hart & Bond, 1995; Streubert & Carpenter, 2002; Silva & Pinto, 1999; Máximo-Esteves, 2008).

Entendida como um processo cíclico, em espiral que vai tomando forma à medida que o conhecimento emerge, a IA envolve a planificação, a ação, a observação e a reflexão intencional. Os ciclos tendem para uma maior compreensão da situação e melhoram a implementação da ação; baseiam-se em práticas avaliativas que alternam entre ação e reflexão crítica (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Kolshy, 2007). Incluem “o diagnóstico de uma área problema, o desenvolvimento de um plano de ação, a implementação desse plano e a avaliação dos seus efeitos” (Nolan & Grant, 1993, p.305).

A IA centrada na criação de soluções para cenários que apelam à mudança, num contexto específico da prática no campo da ação social, culmina na transformação mútua de investigador, participantes e do próprio contexto social em que estão envolvidos (Streubert & Carpenter, 2002). O principal objetivo da IA é investigar e estudar um aspeto da prática em profundidade, aprender com a experiência e introduzir transformações (Koshy, 2007).

Sendo a enfermagem uma disciplina prática no campo da ação social, a utilização da IA na abordagem a situações práticas sobre as quais se deseja ampliar o conhecimento e se pretenda introdução de transformações fica, por si só, justificada. Como o próprio nome indica, a IA é uma metodologia que tem o duplo objetivo de ação e investigação, no sentido de obter resultados em ambas as vertentes: i) aumentar a compreensão por parte do investigador, do cliente e da comunidade sobre um dado fenómeno social; ii) obter mudança numa comunidade, organização ou programa (Koshy, 2007).

No âmbito da investigação desenvolvida, partiu-se do contexto real onde as IE ao FC acontecem e com os enfermeiros estabelecemos um plano de análise da situação tendente à construção de um modelo de IE facilitador da transição para o desempenho do papel, de avaliação do seu impacto e consequente redefinição, pelo que se considerou a IA como a metodologia adequada para o efeito.

Na IA é evocada como premissa central a existência de uma relação de atores - no caso, enfermeiros e investigador(es) -, baseada na participação democrática, na responsabilidade e envolvimento de ambos (Susman & Evered, 1978; Baskerville, 1999; Santos, Lopes, Silva, Barros, Silva, Hammerschmidt & Gautério, 2011; Kolshy, 2007), dentro de um quadro ético mutuamente aceite. Neste estudo particular, é legitimada pela motivação expressa pelos enfermeiros em introduzir, de forma participada e comprometida, contributos de âmbito prático para transformações no contexto da sua prática.

No estudo que se apresenta, prevíamos a exploração de contributos para a prática de enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de papel de CI assim como para o âmbito teórico da enfermagem, através da construção de um modelo de organização e documentação dos CE a esta população. Deste modo, dando lugar à construção do conhecimento e a transformação do contexto prático, através das trajetórias e das experiências dos participantes, numa abordagem dialética da realidade (Sousa, 1989) geradora de um ambiente de abertura e de aprendizagem mútua, capaz de fazer emergir as lógicas que determinam o comportamento dos enfermeiros na sua prática clínica.

Pretendemos, em função da análise das práticas, procurar compreender a natureza dos problemas e, a partir daí, estabelecer um plano de mudança para o desenvolvimento de práticas de enfermagem que têm como finalidade a facilitação da transição para o desempenho do papel de CI. Assim, considerou-se ser a IA a metodologia mais adequada para a criação de um contexto favorável à aprendizagem e análise da realidade dos CE.

A IA foi a metodologia que se adequou às finalidades da investigação por facilitar a resolução de problemas da prática clínica de enfermagem transformando-os em oportunidades de desenvolvimento, integradoras e valorizadoras da cultura do contexto clínico.

Associar a IA à prática clínica de enfermagem significa tomar consciência das suas questões críticas, criar predisposição para a reflexão, assumir valores e atitudes e estabelecer congruência entre as teorias e as práticas.

Na orientação do processo de IA e da mudança indissociável desta abordagem (Lewin, 1952), adotámos um posicionamento promotor da reflexão como meio de aprendizagem (Schön, 2000), nomeadamente a reflexão na e sobre a ação, enquadrada num modelo teórico crítico orientador do questionamento e transformação das práticas em contexto natural, numa dialética de reflexão-ação-reflexão contínua e sistemática, tal como

defende Elliott (1994). Pretendeu-se a criação de um ambiente de abertura e aprendizagem, promotor do questionamento das lógicas em uso.

Ao utilizarmos esta metodologia, pretendeu-se a mudança na forma e na dinâmica da IE realizada no dia-a-dia no palco da ação – a prática clínica. Esta intervenção capaz de produzir mudança só é possível quando todos estão implicados num mesmo dinamismo de ação e intervenção, premissa que se assumiu ao longo de todo o processo de investigação.

Na investigação que desenvolvemos, assumimos um ponto de vista participativo, dando lugar ao envolvimento do investigador e enfermeiros na exploração do fenómeno que constitui o objeto do estudo – a ação profissional dos enfermeiros na facilitação da transição para o desempenho do papel de CI -, permitindo, simultaneamente, aumentar o compromisso, envolvimento e vinculação ao processo e aos compromissos assumidos.

Na bibliografia consultada, todos os autores são unânimes em considerar que a IA é um processo cíclico, em espiral, utilizado no sentido de um conjunto ordenado de fases que, uma vez completadas, podem ser retomadas para servirem de estrutura à planificação, à realização e à validação do adquirido. Estas fases implicam, sempre, o diagnóstico da situação, a definição e implementação da ação e a avaliação.

De entre as várias propostas, assumimos como moldura para o desenvolvimento da investigação a sugerida por O'Leary (2004) – “*observe*”, “*reflect*”, “*plan*” e “*act*” –, pensada de uma forma cíclica, de espiral interativa (Figura 2).

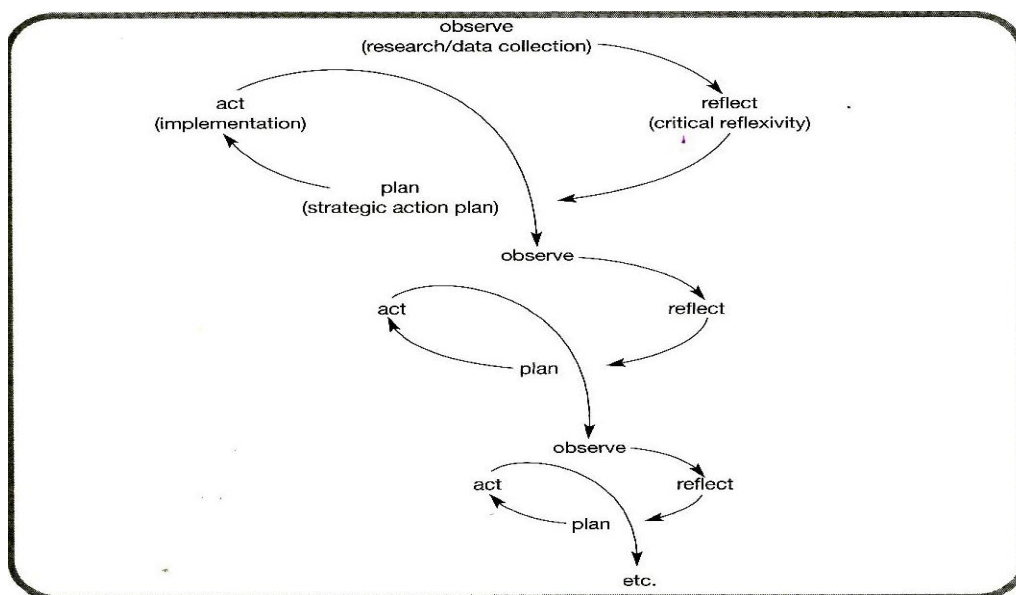


Figura 2 – Ciclos de IA de O'Leary (2004, p.7).

A análise da realidade permite obter uma perspetiva da situação, cuja interpretação deve ser realizada com os profissionais. O planeamento é iniciado com a interpretação dos resultados convergindo para a criação do plano de ação. A implementação da ação

reporta-se à introdução da mudança planeada; a avaliação, que já deverá estar programada no plano de ação, refere-se à implementação do processo e aos resultados da mudança. Estas fases podem repetir-se até os resultados serem satisfatórios, considerando a dupla finalidade da IA: gerar conhecimento e mudanças (Susman & Evered, 1978; Streubert & Carpenter 2002, O’Leary, 2004; Koshy, 2007).

A investigação que se desenvolveu estruturou-se em quatro fases integradas em dois processos de mudança: o primeiro de diagnóstico e de planeamento da ação transformadora da prática clínica de enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI; o segundo de concetualização, avaliação e reconcetualização da prática clínica (Diagrama 3).

O primeiro centrou-se nos seguintes objetivos:

- i) aprofundar o conhecimento sobre a população-alvo dos CE da UCD do CSPD, inferindo sobre o padrão de cuidados dispensado pelo FC e sobre as variáveis que o influenciam;
- ii) identificar as práticas de enfermagem em uso no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI;
- iii) identificar oportunidades de desenvolvimento nos CE ao FC;
- iv) definir um plano de ação no sentido da transformação dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI.

O segundo teve como objetivos:

- i) conceber um modelo para a organização dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de papel de CI;
- ii) validar o modelo concetualizado;
- iii) avaliar o modelo concetualizado em termos de viabilidade, aceitabilidade e de benefícios previsíveis para os seus utilizadores.

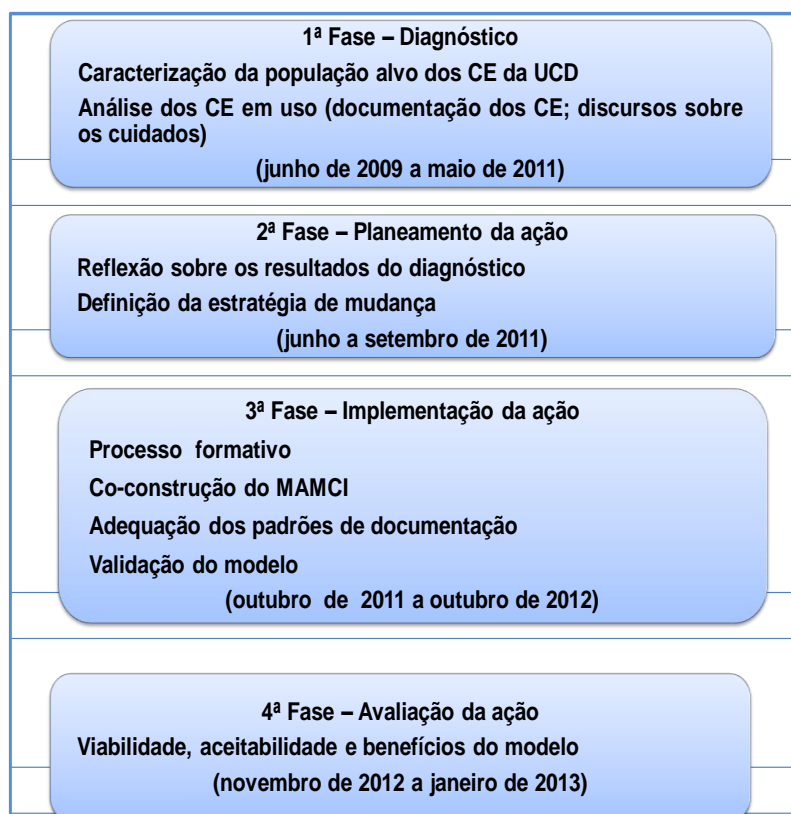


Diagrama 3 - Desenho do estudo

A co-construção de um modelo de CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI – *Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal* – constituiu-se como o elemento chave do processo de investigação e simultaneamente a estratégia de ação para a abordagem às oportunidades de desenvolvimento identificadas a partir do diagnóstico efetuado.

A complexidade inerente ao processo de mudança, em simultâneo com alterações na organização da própria UCD exigiu o ajustamento processual do desenho do estudo.

5.1 - A recolha de dados

A IA apropria-se de métodos e técnicas da pesquisa social, tornando-se uma estratégia complexa e abrangente, de carácter coletivo, participativo e ativo na obtenção de informações e na tomada de decisão para a transformação da realidade.

Procedimentos e instrumentos diversos tais como a entrevista coletiva, a entrevista individual, as notas de campo, a observação participante, histórias de vida, sociodrama e outras técnicas consideradas antropológicas, além dos instrumentos adotados nos estudos convencionais, como o questionário são legitimados num processo de IA (Thiollent, 2008).

Assim, de acordo com os dados considerados necessário colher, foram utilizadas as técnicas de recolha de dados que passamos a descrever.

Formulário de caracterização dos clientes da UCD

A utilização do formulário (Anexo I) como método de recolha de dados, aplicado aos FC e PD no domicílio dos próprios⁷, integrado na fase diagnóstica deste estudo, teve como finalidade ampliar o conhecimento sobre os clientes da UCD, concretizando um cenário para a inferência sobre os focos de atenção de enfermagem dominantes. Deste modo, definiram-se como objetivos para este estudo, caracterizar:

- i) as famílias nas quais FC e PD estão inseridos quanto à sua tipologia, às condições socioeconómicas e ao tipo de alojamento;
- ii) a PD quanto a atributos sociodemográficos, situação de dependência e condição de saúde;
- iii) o FC principal quanto a atributos sociodemográficos, percepção de autoeficácia (PAE) e cuidados dispensados às PD;
- iv) a natureza dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados às PD no domicílio.

O formulário desenvolvido pelo núcleo de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), já validado e já utilizado em estudos realizados em Portugal continental, inclui variáveis ordinais e nominais que passamos a apresentar:

- i) alojamento (tipo de alojamento, necessidade de reparações, área útil, número de divisões, número de ocupantes, presença de retrete, água canalizada, instalação de banho ou duche e aquecimento);
- ii) características da família (tipo de família, rendimentos do agregado e número de membros da família);
- iii) características sociodemográficas do FC e PD (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão, grau de parentesco e situação de coabitação);
- iv) características da dependência (situação que originou a dependência, instalação da e tempo da dependência);
- v) condição de saúde da PD (consumo de medicamentos, variedade de fármacos, número de fármacos nas tomas/dia, número de internamentos e de episódios de recurso ao serviço de urgência (SU));
- vi) nível de dependência global e por domínio de AC;
- vii) cuidados realizados pelo FC (frequência/intensidade, incentivo à PD, local de realização, decisão sobre os cuidados em cada domínio de AC);
- viii) PAE do FC, global e por domínio de AC;

⁷ A aplicação do formulário foi efetuada pelo investigador em colaboração com três enfermeiros da UCD que se voluntariaram para o efeito. Previamente à sua aplicação foi realizada uma discussão conjunta sobre cada uma das questões que o constituem de modo a uniformizar a interpretação e a definir estratégias de aplicação no sentido de evitar vieses. Foi, igualmente, elaborado um documento de apoio à sua aplicação.

ix) recursos de apoio ao AC (necessários, utilizados, desejados e razão da não utilização).

Maioritariamente, a exploração das variáveis foi efetuada através de questões fechadas, dicotómicas ou múltiplas.

A avaliação do nível de dependência da PD foi efetuada através da aplicação de escala desenvolvida por Duque (2009), sendo constituída por indicadores agrupados pelos domínios específicos de AC, de acordo com os focos definidos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), versão 1.0: “*tomar banho*”; “*vestir-se e despir-se*”; “*arranjar-se*”; “*alimentar-se*”; “*usar o sanitário*”; “*elevantar-se*”; “*virar-se*”; “*transferir-se*”; “*usar cadeira de rodas*”; “*andar*” e “*tomar a medicação*”. A determinação dos indicadores teve por base as características específicas definidas na *Nursing Outcomes Classification* (Moorhead *et al*, 2008) e referentes aos resultados sensíveis aos CE. Deste modo, a partir das escalas desta classificação, as variáveis foram operacionalizadas através de uma escala tipo *Likert* com 4 pontos⁸. O estudo das propriedades da escala revela um nível de fidelidade elevado, apresentando um *Alpha de Cronbach* de 0.897 (Pestana & Gageiro, 2005).

Tal como para a dependência no AC, a PAE do FC foi avaliada através de escala organizada em torno de indicadores agrupados pelos domínios de AC e por domínio de ação face aos cuidados que prestam. A decisão sobre os indicadores baseou-se nos sessenta e três indicadores agregados em nove processos centrais ou dimensões do papel de cuidador identificados por Schumacher *et al.* (2000). Deste modo, a cada uma das variáveis foi associada uma escala tipo *Likert* com 4 pontos⁹. Também o estudo das suas propriedades revela um nível de fidelidade elevado, com um *Alpha de Cronbach* de 0.879 (Pestana & Gageiro, 2005).

Análise de conteúdo à documentação dos CE

Numa primeira fase do estudo (fase de diagnóstico) pretendeu-se analisar os modelos em uso nas práticas de CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de CI de modo a clarificarmos a problemática e planificarmos a intervenção futura.

Para o efeito, centramo-nos na análise da documentação produzida pelos enfermeiros sobre os CE, sem antes consultarmos outra documentação que nos permitisse a sua contextualização, tendo como objetivos:

i) identificar os focos de atenção dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados no âmbito da transição para o desempenho de papel de CI de PD;

⁸ 1 – Dependente não participa; 2 – Necessita de ajuda de pessoa; 3 –Necessita de equipamento; 4 – Completamente independente.

⁹1 – Incompetente; 2 – Pouco competente; 3 – Medianamente competente; 4 – Muito competente.

ii) identificar as IE que na perspectiva dos enfermeiros são significativas na resposta às necessidades do FC de PD;

iii) inferir sobre os modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem.

Assim, na tentativa de ampliação do foco investigável a partir da compreensão mais integrativa das práticas, recorreu-se à análise de conteúdo à documentação produzida pelos enfermeiros sobre os CE em 70 (setenta) processos clínicos dos clientes da UCD selecionados aleatoriamente¹⁰, o correspondente a 25,0% do total de clientes (279) ao cuidado da UCD no período a que se reportou a recolha (junho a dezembro de 2009)¹¹. No processo de análise de conteúdo, assumiu-se um modelo de categorias *a priori* o qual será detalhado no espaço destinado à apresentação dos resultados decorrentes desta parte do estudo.

Focus-group

No âmbito do estudo desenvolvido, pretendeu-se definir os propósitos e a estrutura de um modelo de agregação de CE, com base nas opiniões, experiências e expectativas dos enfermeiros. Dada a filiação epistemológica do *focus group* e o seu enquadramento nas abordagens de cariz qualitativo, consideramos ser a estratégia adequada para, através da interação investigador - participantes, identificar os seus significados, pontos de vista e opiniões sobre a realidade em análise (Kitzinger, 1995; Powell & Single, 1996; Morgan, 1997; Morse & Field, 1998; Flick, 2005).

Utilizado em complementaridade com as notas de campo, teve como finalidade a obtenção de dados para o processo de co-construção do modelo para a ação profissional facilitador do desempenho de papel de CI, tendo como objetivos:

i) explorar os constructos associados à prática de CE ao FC de PD;

ii) identificar a opinião dos enfermeiros sobre o seu papel na prestação de cuidados ao FC e quais mais necessitam de CE;

iii) determinar estratégias de identificação das necessidades em CE do FC;

iii) definir os focos de atenção dos CE, as intervenções e as estratégias de avaliação de resultados;

iv) refletir sobre os fatores considerados como facilitadores/constrangedores dos CE.

Os debates foram realizados em subgrupos e com o grupo geral de enfermeiros. Para a construção do modelo de cuidados, foi criado, em consenso com todos os enfermeiros da equipa, um grupo nuclear de discussão. Estabilizado consenso com este grupo em cada uma das etapas de conceção do modelo, as discussões foram alargadas ao grupo geral de enfermeiros. Todas as reuniões de reflexão com o grupo alargado dos enfermeiros

¹⁰ De quatro em quatro tendo em conta a sua ordenação por critério alfabético

¹¹ Durante o ano de 2009 o número de clientes da UCD foi de 411 (quatrocentos e onze) com uma média mensal de 227 (duzentos e vinte e sete).

foram efetuadas em dois momentos já que houve necessidade de dividir a equipa de enfermagem em dois subgrupos para, por um lado, garantir a presença do maior número de enfermeiros e, por outro, minimizar implicações na oferta dos CE.

Notas de campo

As notas de campo são uma estratégia de registo de eventos, episódios e ideias associadas aos estudos que envolvem trabalho de campo (Bogdan & Biklen, 1994; Burgess, 1997). Não são simples diários, tendendo a ser mais abrangentes, analíticas e interpretativas do que uma simples enumeração de ocorrências. Na realidade, representam um trabalho de síntese e compreensão do material recolhido pelo investigador durante o seu contacto com o terreno e procuram fazer a “... *reunião dos pontos mais salientes que serão (re)trabalhados mais tarde...*” (Morse & Field, 1998, p. 91).

A elaboração de notas de campo esteve associada tanto ao funcionamento dos grupos de discussão como aos discursos resultantes das reuniões realizadas no decorrer da construção do modelo de CE no âmbito da facilitação para a transição do desempenho de papel de CI.

Assim, ao longo das fases de investigação foram sendo produzidas notas de campo¹², as quais permitiram a validação e a monitorização do processo em curso. Incluíram narrativas sobre episódios significativos ocorridos ao longo do trabalho de campo, quer na interação com as famílias, quer com os enfermeiros; neste caso, favorecendo a interligação entre os vários subgrupos no sentido do consenso reflexivo.

Analizadas ao longo do processo de investigação, constituíram-se como uma das fontes de dados no processo de co-construção do modelo de CE no âmbito da transição para o desempenho de papel de CI.

A documentação das notas de campo ocorreu habitualmente logo após as interações no sentido de prevenir o esquecimento de aspetos relevantes¹³.

Na produção das narrativas das famílias assumiram-se como dimensões o desempenho de papel do FC (crenças, emoções, significados, expectativas, necessidades e dificuldades, relação com a PD) e a resposta da pessoa cuidada (crenças, emoções, significados, expectativas, necessidades e dificuldades, relação com o FC).

¹² Neste relatório quando se fizer uso das NC, o discurso direto utilizado pode não corresponder na íntegra às palavras utilizadas pelos enfermeiros; no entanto, o sentido é, seguramente, fiel à mensagem que, na altura, interpretámos.

¹³ Neste relatório a utilização de trechos das notas de campo acontecerá nos capítulos 6 e 7. A sua explicitação far-se-á pela utilização da sigla NC, com referência ao momento em que aconteceu. A identificação do autor dos discursos faz-se pela utilização da letra “E” para os enfermeiros e “I” para o investigador.

Em relação aos enfermeiros, as notas de campo foram produzidas a partir das suas reflexões em torno do processo de prestação de cuidados. Para além de um espaço central destinado à descrição do ocorrido durante as sessões, a estrutura utilizada incluiu mais dois campos de informação: um destinado a questões metodológicas, onde apontávamos alguns itens a explorar nos próximos encontros, e outro para a produção de sínteses analíticas e interpretativas.

Os dados que emergiram do processo da análise iterativa de conteúdo ao *corpus* resultante das notas de campo será maioritariamente utilizado nos capítulos que se reportam ao segundo processo de mudança. A utilização das notas de campo ao longo deste relatório estará ao abrigo da salvaguarda do anonimato dos diferentes intervenientes.

Questionário sobre a mudança nos CE

No sentido de identificar a opinião dos enfermeiros sobre a mudança operada, construiu-se um questionário (Anexo II) aplicado aos enfermeiros para aferição sobre a exequibilidade, aceitabilidade e repercussões nos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI (4ª fase da investigação).

O questionário, autoadministrado, constituiu-se por 60 questões operacionalizadas através de escalas do tipo *Likert* de 5 pontos entre diferenciais semânticos, as quais referem temas relacionados com a utilização do processo de enfermagem (avaliação inicial, tomada de decisão diagnóstica, prescrição das intervenções e determinação de resultados), sistematização da documentação, acessibilidade aos dados, linguagem utilizada e adequação às suas representações sobre os cuidados. Acrescentaram-se, ainda, duas questões abertas de modo a que livremente os enfermeiros pudessem dar a sua opinião sobre os aspetos positivos/vantagens e os aspetos negativos/desvantagens da mudança verificada nos CE e, simultaneamente, validar as respostas dadas nas questões fechadas. A sua aplicação ocorreu em dezembro de 2012.

O instrumento foi submetido a pré-teste pela aplicação a uma amostra de enfermeiros de uma unidade do CSPD de modo a avaliar se os termos utilizados seriam facilmente compreendidos e desprovidos de equívocos, se a forma das questões permitia colher as informações desejadas, se as questões eram desprovidas de ambiguidade e se o questionário, por ser demasiado longo, não apelava ao preenchimento.

5.2 - A análise dos dados

A análise e gestão de informação compreendem várias operações, sendo de passagem obrigatória a descrição e a preparação dos dados, a análise das relações entre as variáveis e, por fim, a comparação dos resultados obtidos com os resultados esperados.

Dado que na investigação desenvolvida recorreremos a instrumentos de recolha de dados quantitativos (o que não põe em causa a essência metodológica adotada) e a dados qualitativos, também a natureza dos métodos de análise de dados variou em função do tipo e da finalidade dos dados colhidos. Deste modo, recorreremos à análise estatística e à análise de conteúdo.

Utilizámos a análise estatística em particular para os dados resultantes da aplicação do formulário às famílias com PD no domicílio e ao questionário de avaliação da mudança operada nos CE. Neste, empregámos a estatística do tipo descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas, uma vez que pretendíamos descrever o posicionamento dos enfermeiros face a estas dimensões particulares do estudo. Em relação aos dados provenientes da aplicação do formulário às famílias com PD no domicílio, a exploração das variáveis foi efetuada através de análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19. Assim, recorreu-se à estatística paramétrica para as variáveis do tipo intervalar através do Coeficiente de correlação de *Pearson*, e não paramétrica, para as variáveis do tipo nominal e ordinal, através do coeficiente de correlação *Rho de Spearman*, dos Testes de *Mann-Whitney U* e de *kruskal-Wallis*. Foram considerados os valores 0,01 ou 0,05 como nível de significância dos resultados ($p < 0,05$ ou $p < 0,01$).

Na análise de conteúdo à documentação dos CE, para efeitos da categorização dos focos de atenção e das IE planeadas/implementadas, utilizou-se a análise de conteúdo categorial com recurso ao programa informático de análise de dados qualitativa *MaxQda*.

A frequência com que cada categoria e respetiva unidade de registo surgiu nos documentos analisados, foi quantificada no pressuposto de que quanto maior o interesse do emissor por um dado objeto maior é a frequência da ocorrência no discurso dos indicadores respetivos (Bardin, 2004).

Relativamente à opinião dos enfermeiros sobre os CE obtida através dos *focus group* e às respostas abertas ao questionário de avaliação da mudança, a análise de conteúdo efetuada ao corpus então constituído, orientou-se por uma estratégia de categorização essencialmente indutiva em que após a identificação e delimitação das unidades de registo organizamo-las em subcategorias e posteriormente em categorias que descrevessem o campo semântico das unidades, no contexto do referencial teórico de base (Bardin, 2004).

Assim, na análise efectuada, e na observância pela via indutiva na análise de conteúdo, recorreremos ao substrato teórico que sustentam os CE no âmbito da dependência no AC e da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI e, ainda, aos conceitos básicos inerentes à metodologia do processo de enfermagem (Doenges &

Moorhouse, 1994; George, 2000) e à classificação de fenómenos, acções e resultados de enfermagem segundo a CIPE® (ICN, 2011).

Não obstante, a estrutura geral de análise que enquadrou esta investigação aponta para a construção de um modelo de CE, visto como um conjunto de ligações causais entre os conceitos relacionados com os processos de mudança nos CE aos CI. Deste modo, na análise de conteúdo à informação gerada ao longo do da 3ª fase do estudo (notas de campo e dos *focus group*) que realizámos – *Implementação da acção* – o recurso ao método indutivo, de codificação aberta e comparativa das categorias, suas dimensões e propriedades, potenciou a identificação e descrição do processo de prestação de CE no sentido da reconcetualização do modelo de organização da ação profissional de enfermagem na UCD no sentido da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI.

5.3– A qualidade da investigação

São preocupações centrais em qualquer processo de investigação o facto dos dados refletirem a verdade sobre o fenómeno em estudo, em particular naqueles que tenham como alvo o ser humano. Esta parte do estudo pretende dar a conhecer, por um lado, as estratégias utilizadas no sentido de garantir a fidelidade e validade do estudo e, por outro, os procedimentos tidos em conta no sentido da observância dos principais aspetos éticos no desenvolvimento do processo investigativo.

Confiabilidade metodológica

Nos estudos qualitativos, caso particular da IA, o processo de assegurar o rigor metodológico é conseguido através de estratégias distintas das dos estudos quantitativos (Speziale & Carpenter, 2003; Polit & Beck, 2004; Leininger, 2007; Strauss & Corbin, 2008).

Guba & Lincoln (1994) propõem como critérios para o paradigma qualitativo a credibilidade (*credibility*), ou seja, a capacidade dos participantes confirmarem os dados); a transferibilidade (*transferability*), isto é, a capacidade dos resultados do estudo serem aplicados noutros contextos; a consistência (*dependability*), como a capacidade de investigadores externos seguirem o método usado pelo investigador e a aplicabilidade ou confirmabilidade (*confirmability*) como a capacidade de outros investigadores confirmarem as construções do investigador (Lincoln & Guba, 1991). Inclusivamente apontam estratégias específicas para se atingir tais requisitos, como sejam os casos negativos (*negative cases analysis*), a triangulação (*triangulation*), a revisão por pares (*peer debriefing*), o envolvimento prolongado (*prolonged engagement*), a observação persistente (*persistent observation*), as auditorias (*audit trails*) e a revisão pelos

participantes (member checking), estratégias que tivemos em conta no estudo que realizamos.

Deste modo, a nossa preocupação esteve tanto na saturação dos dados, nomeadamente através da inclusão de todos os enfermeiros que constituem a equipa da UCD (inclusive aqueles que ao longo do processo de investigação foram integrando a equipa), como também na valorização dos denominados “*casos negativos*” (Fortin, 2003), isto é, os enfermeiros que apresentaram discursos diferentes dos predominantes nos restantes participantes, o que é compatível com o que Glaser & Staruss (1967) denominam de “amostragem teórica”.

Em pontos-chave da análise dos dados, optámos por recorrer ao contributo de pares (nomeadamente o orientador) com experiência no fenómeno em estudo, no sentido de verificar a concordância das interpretações realizadas.

Ao longo do processo de investigação recorremos a estratégias diversificadas de confirmação da interpretação dos dados pelos participantes do estudo através das várias reuniões efetuadas (não só com o sentido de colher novos dados, mas também de validar as interpretações já efetuadas), do questionário de validação de enunciados, assim como da disponibilização dos documentos produzidos aos participantes.

Paralelamente, no processo de análise de dados, tivemos a preocupação de garantir que os enfermeiros se reviam nas interpretações efetuadas, que os resultados obtidos acrescentavam conhecimento e podiam ser utilizados para mudar a prática, que se desenvolveu os conceitos em termos das suas propriedades e dimensões, tendo em conta a sua relação com o contexto onde foram produzidos e que as novas questões a serem colocadas ao longo da recolha de dados derivaram da análise comparativa, apoiada pela produção de memos. Estas preocupações, na perspetiva de Corbin & Strauss (2008), constituem critérios que asseguram o rigor da investigação.

Por inerência à metodologia de investigação adotada, foram vários os momentos de validação, com os enfermeiros, das interpretações efetuadas. Deste modo, ao longo dos três anos de recolha e análise comparativa dos dados, que nos garantiram o envolvimento prolongado necessário à realização do estudo, foram constantes as validações ou negações das interpretações efetuadas, dando origem às consequentes modificações na forma de as nomear e interligar. Este processo foi facilitado pela utilização do programa informático, pois permitiu guardar as versões anteriores e consultá-las sempre que necessário e, ao mesmo tempo, trabalhar em novas versões quando ajustado.

A realização de reflexões em grupo ao longo do estudo permitiu verificar a sua concordância com a explicação teórica desenvolvida. O facto de dois enfermeiros terem

ficado responsáveis pelo registo das opiniões expressas ao longo do debate permitiu avaliar sobre a identificação de todos os presentes face ao conhecimento desenvolvido.

Também a utilização de diagramas e a descrição da interpretação por eles traduzida permitiram o seu refinamento ea elaboração de novos diagramas. Assim, partindo dos diagramas para a descrição da interpretação e desta para os diagramas, assumimos mais uma forma de detetar algumas inconsistências, o que reforça a opção pelo paradigma construtivista para o enquadramento deste estudo, já que favorece a reflexibilidade dos investigadores acerca da sua própria interpretação (Charmaz, 2006).

Finalmente, na elaboração deste relatório, intentamos por uma descrição do estudo realizado, o mais pormenorizada possível, no sentido de representar a diversidade de perspetivas dos participantes e a forma como estas conduziram à construção das interpretações, assim como de fornecer um conjunto de dados descritivos capazes de permitir que juízos de semelhança sejam possíveis.

Rigor ético

As responsabilidades éticas e morais a ter em conta pelo investigador contemplam o respeito pelo direito à autodeterminação expresso no consentimento livre e esclarecido, no direito ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e a um tratamento justo e equitativo (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 2003; Polit & Beck, 2004).

Nos estudos qualitativos, como no presente, em que existe um contacto próximo, por vezes complexo e intenso entre investigador e investigado, as preocupações éticas deverão merecer uma atenção especial por parte do investigador. Eventuais relações de proximidade existentes ou que se tenham estabelecido, não poderão contribuir para desvirtuar os resultados nem para o desrespeito dos direitos dos participantes (Dempsey & Dempsey, 2000; Polit & Beck, 2004).

A preocupação pela observância dos preceitos éticos nesta investigação iniciou-se, desde logo, com a decisão sobre o projeto a desenvolver, o que implicou a reflexão sobre o seu contributo, não apenas para a disciplina de enfermagem mas, sobretudo, para os CI de PD enquanto beneficiários dos CE. Ao longo do percurso da investigação esta preocupação sobre o seu custo-benefício manteve-se, em particular, nas situações em que a interação se estabelecia com estes participantes. Por um lado corroborando a previsível utilidade que o estudo poderia trazer para a resposta em CE e, consequentemente para o seu bem-estar. Numa análise mais restrita, o tempo de permanência no domicílio para a recolha de dados, constituiu-se como um momento em que alguns CI/PD referiram ser uma oportunidade de socialização e/ou de fuga ao isolamento/solidão. Por outro (mais difícil) apresentando-se como uma invasão dos seus espaços mais privados ou como a intensificação da saturação que alguns destes

participantes já sentem quando são solicitados a colaborar nestes estudos, alguns referindo:

Margarida¹⁴ - “Já cá esteve um colega seu a fazer perguntas muito parecidas. E depois não dá em nada... Fica tudo igual...”

Pedro – “Eu já respondi a perguntas destas... mas não quero atrapalhar o seu trabalho...”

Não obstante, junto de cada FC e PD foi obtido o consentimento informado (Anexo III), tendo sido envidados os esforços considerados necessários no sentido de garantir que a informação relativa à investigação em que participariam era realmente compreendida estando em situação de proceder a uma escolha livre sobre a sua participação (Morse & Field, 1998; Speziale & Carpenter, 2003 e Polit & Beck, 2004). Do mesmo modo, foi declarada a possibilidade de interromperem a sua participação caso assim o considerassem.

Adequando a linguagem ao seu nível de compreensão, foi-lhes explicado, o conteúdo da declaração de consentimento informado e, nalguns casos, em que o estado e vontade dos FC/PD o permitiam, foram os próprios que em silêncio o leram. Os comentários efetuados pelos FC/PD face ao conteúdo da declaração de consentimento informado foram mais no sentido de questionarem se seriam capazes de corresponder ao que lhes era solicitado.

Após a tranquilização dos participantes e certificação de que não existiam dúvidas, estes declararam a sua vontade, de forma livre e esclarecida, em participar no estudo. Foram consideradas alegações à falta de formação académica ou de dificuldade em expressarem as respostas. No respeito pela sua dignidade humana, procurou-se adotar uma atitude de respeito e empatia. Teve-se, igualmente, em conta os tempos e as emoções destes participantes, assim como se demonstrou disponibilidade após se ter terminado o formulário, o que fez com que não raras vezes, se permanecesse no domicílio dos participantes, cerca de três horas o que de algum modo, se configura como um benefício imediato desta investigação.

A obtenção formal do consentimento informado aconteceu no dia em que foi aplicado o formulário, obrigatoriamente antecedido por um contacto prévio do enfermeiro de referência com a finalidade de auscultar sobre a disponibilidade em receber o investigador no seu domicílio e, eventualmente, responder ao formulário.

Tendo em conta o contexto em que o estudo se desenvolveu – UCD do CSPD - foi solicitado ao Conselho de Administração desta instituição de saúde a respetiva autorização para a sua realização. Para o efeito, realizou-se em Fevereiro de 2009 uma reunião de apresentação do projeto de investigação, na qual, para além de se fazer

¹⁴ Os nomes usados em todos os excertos resultantes de notas de campo produzidas ao longo da aplicação do formulário são fictícios, pretendendo designar um CI.

referência aos objetivos do estudo e dos procedimentos a serem utilizados na recolha e análise dos dados, foram discutidos os aspetos éticos a que o trabalho obrigatoriamente estaria sujeito, em particular o compromisso com os procedimentos de análise da documentação dos CE e do acesso à população-alvo da UCD. A formalização da autorização dada pela instituição consta do Anexo IV deste relatório.

No que concerne aos enfermeiros, em junho de 2009 foi realizada uma reunião para apresentação do projeto e identificação do interesse e disponibilidade em participarem, na qual se fez referência, entre outros aspetos, à sua participação no estudo. Foi-lhes apresentado e explicado o consentimento informado que foi assinado, não sem antes terem sido esclarecidas as dúvidas suscitadas (Anexo V). Visando a legitimação do direito à intimidade, em simultaneidade com a estimulação à participação de todos os elementos da equipa nos debates, foi ressalvada a liberdade de decidirem sobre a manifestação ou não manifestação sobre as suas práticas. Igualmente se enfatizou a complexidade própria de um processo de IA, quer pela sua natureza dinâmica, quer pela duração, habitualmente prolongada, explicitando que a aceitação em participar no estudo implicaria o seu envolvimento no planeamento, implementação e avaliação da mudança (Meyer, 1993, cit. por Streubert & Carpenter, 2002). Foi ainda explicitada a possibilidade de poderem abandonar o processo de investigação em qualquer momento.

Pela natureza da IA, os enfermeiros foram progressivamente informados do desenvolvimento do estudo e, em cada uma das reuniões de debate, realizaram-se sínteses relativas ao desenvolvimento do modelo de organização e de documentação dos CE, assim como foram fornecidos todos os documentos produzidos até ao momento. Do mesmo modo, realizaram-se reuniões com os órgãos de gestão do CSPD, no sentido de validar o processo.

Parte III

Transição para o papel de FC: a ação profissional dos enfermeiros

A Parte III deste relatório organiza-se em torno de três capítulos. O primeiro pretende dar conta dos resultados obtidos com a análise efetuada à ação profissional dos enfermeiros no âmbito da transição para o desempenho do papel de CI – *fase diagnóstica do estudo* – a qual resultou do estudo de caracterização dos clientes da UCD entrecruzada com a análise à documentação dos CE e aos discursos (falados) dos enfermeiros, no sentido da identificação de oportunidades de desenvolvimento.

O segundo capítulo descreve o percurso da mudança assente num processo co-evolutivo de reconstrução da ação profissional dos enfermeiros no âmbito da transição para o desempenho do papel de CI – *fase de planeamento e de implementação da ação* - tendo como ponto de partida as oportunidades de desenvolvimento identificadas através da reflexão efetuada sobre os resultados obtidos na fase diagnóstica. O percurso de mudança teve como finalidade a implementação de novos modelos de cuidados, possibilitando a construção de conhecimento gerado através dos processos de aproximação ao contexto interventivo.

Iniciamos com a descrição do *Planeamento da acção* aludindo aos processos de confrontação, discussão e reflexão sobre os resultados decorrentes da fase de diagnóstico. Sendo essencialmente uma etapa de negociação da intervenção, caracterizou-se pelo envolvimento dos vários atores nos processos de tomada de decisão para a mudança.

A *Implementação da Ação* integra a descrição das duas etapas cumulativas, as quais originaram a co-construção do modelo de CE no âmbito da transição para o desempenho do papel de CI e a sua implementação no contexto clínico. A primeira etapa reporta o processo formativo que deu origem à redefinição do modelo de cuidados em uso e à formalização das propostas de alteração da documentação dos CE. A segunda etapa refere a implementação propriamente dita do modelo, nomeadamente os processos de gestão da mudança a partir da sua utilização como estrutura concetual dos CE e respetiva documentação. Integramos, ainda, um subcapítulo referente à especificação do modelo de cuidados co-construído.

O terceiro e último capítulo descreve o impacte associado ao processo de reconstrução dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI – *fase de Avaliação da ação*.

Capítulo 6 – Analisando a ação profissional dos enfermeiros

Este capítulo centra-se em torno do diagnóstico realizado, o qual resultou da caracterização da população alvo da UCD do CSPD e da análise aos modelos em uso na prática de cuidados aos FC e PD confrontando-os com os modelos expostos.

Assumimos que os modelos expostos correspondem aos modelos formativos e modelos conceituais definidores da disciplina enquanto os modelos em uso representam as disposições afetivas que sustentam a utilização do pensamento crítico e que definem o objeto e o âmbito da tomada de decisão (Silva, 2006).

Iniciamos com a apresentação da UCD do CSPD – contexto onde decorreu a ação – dando particular atenção à apresentação do perfil dos enfermeiros desta unidade – participantes ativos no estudo, de modo a possibilitar ao leitor a compreensão dos dados em relação à realidade local onde se produziu a investigação.

Depois, expomos os resultados obtidos com o estudo realizado junto dos FC e PD resultante da aplicação do formulário já referido na Parte II deste relatório.

De seguida, damos conta do estudo realizado à análise da documentação sobre os CE produzida pelos enfermeiros da UCD; prosseguimos com a apresentação dos resultados relativos à exploração dos constructos dos enfermeiros associados à prática de CE aos CI de PD que emergiram do processo de análise de conteúdo ao material resultante da realização dos *focus group*.

Finalmente, procedemos ao cruzamento dos resultados obtidos com os diferentes estudos realizados na fase de diagnóstico, no sentido de elaborar uma síntese que permita uma maior agregação e compreensão da informação obtida.

6.1 - O cenário da ação: a UCD do CSPD

A UCD do CSP, ilha de S. Miguel, surge no contexto do Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho, o qual cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores (parte integrante do Serviço Regional de Saúde), no caso, estruturada em equipas domiciliárias.

A opção pela UCD fundamentou-se no facto desta ser a única e recente unidade de cuidados vocacionada para a assistência em saúde a pessoas dependentes e seus cuidadores, à altura (e finalização) do estudo. Para além disso, através de contactos prévios à realização do estudo com o propósito de avaliar a motivação institucional e dos potenciais participantes foram estabelecidos alguns contactos informais durante os quais foi demonstrado interesse pelo projeto a desenvolver, nomeadamente inscrito em reflexões

da equipa de enfermagem que questionam a adequação e efetividade dos CE ao FC de PD.

A UCD tem como missão¹⁵

“Providenciar cuidados de saúde sequenciais às pessoas dependentes, através de um trabalho de equipa (complementar e transdisciplinar), em articulação permanente com os cuidados hospitalares e outros recursos da comunidade funcionando em estreita colaboração com as várias US do CSPD, assim como, com outras instituições quer na área social, quer na da saúde, com vista à rentabilização de recursos”.

São objetivos desta unidade¹⁶:

- i) *“Garantir a prestação de cuidados no domicílio, aos doentes dos concelhos de Ponta Delgada e Lagoa, com dependência transitória ou permanente, inseridos na sua família e comunidade, através duma dotação adequada de recursos humanos, logísticos e materiais;*
- ii) *“Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;*
- iii) *“Manter as pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- iv) *“Investir na qualificação dos prestadores informais, familiares ou outros, assim como no próprio utente (autocuidado), com a finalidade de os tornar o mais autónomos possível;*
- v) *“Rentabilizar recursos humanos e materiais, aproximando a equipa à população”.*

A população-alvo da UCD é constituída pelos clientes residentes na área de abrangência do CSPD¹⁷ (Concelhos de Ponta Delgada e de Lagoa) que se encontram em situação de dependência transitória ou crónica no seu domicílio, independentemente da idade, sendo critério *major* de admissão um estado de dependência inferior ou igual a 60 pontos obtidos pela aplicação da escala de *Barthel* modificada¹⁸.

A referenciação destas pessoas à UCD é efetuada através do seu médico de família, enfermeira da unidade de saúde da zona de residência (maior parte dos casos), Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), instituições de solidariedade social, familiares ou mesmo vizinhos.

Entre os anos de 2009 e 2011, a população da UCD variou entre quatrocentos e onze (411) a quinhentas e vinte e três (523) famílias, com uma média anual de duzentas e vinte e sete (227) e trezentas e doze (312) famílias.

O horário de funcionamento da unidade é das nove às vinte e duas horas¹⁹, incluindo fins-de-semana e feriados, com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos (2) para a assistência às pessoas não abrangidas por médico de família, enfermeiros²⁰ (cujo perfil será apresentado no subcapítulo seguinte), assistente social (1) responsável pela

¹⁵ In CSPD (2008, p.4). Documento para o Enquadramento da UCD do CSPD.

¹⁶ Idem, p. 5 e 6.

¹⁷ Não está definida a capacidade máxima da unidade.

¹⁸ A qual sofreu, também, modificações pela equipa responsável pela abertura da unidade.

¹⁹ No período da manhã e no da tarde, o atendimento dos clientes, presencial, é até, respetivamente, às 13h e 20h.

²⁰ Dezasseis à criação da unidade

resposta às necessidades sociais dos clientes²¹; motoristas (2) para as freguesias da cidade de Ponta Delgada (tendo em conta a dificuldade de estacionamento e ser a zona com mais população) e para os diversos transportes de materiais (esterilização, aprovisionamento e outros); e auxiliar de ação médica (1) que assegura a descontaminação das instalações e dos dispositivos médicos.

Os enfermeiros organizam-se em cinco equipas de dois enfermeiros por turno constituídas em função do agrupamento dos clientes pelas zonas geográficas dos Concelhos de Ponta Delgada e Lagoa, denominadas “zonas de trabalho A, B, C, D e E” (Figura 4).



Figura 4 - Zonas geográficas de distribuição dos clientes da UCD

Estas zonas em relação ao local de implantação da UCD têm distâncias muito díspares, sendo as zonas mais distantes as Zonas A e C (não só em função dos Km como também das condições das vias de acesso).

O número de clientes por zona é bastante variável; algumas com uma população que duplica ou quase triplica relativamente àquela com menor número²².

A visitação domiciliária (VD), para além do contacto telefónico (por decisão do enfermeiro e, na maior parte das situações, do FC), constitui a estratégia fundamental para a implementação dos cuidados.

No ano de 2009, foram realizadas pelos enfermeiros 10355 VD (41 realizadas no âmbito das competências da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria) e 172 em

²¹ Assumiu-se o termo cliente para nos referirmos ao FC e PD. Na necessidade de referência, apenas a uma destas pessoas, explicitar-se-á.

²² A dezembro de 2009, o número de clientes por zonas era a seguinte: Zona A – 29; Zona B – 58; Zona C – 66; Zona D – 46 e Zona E – 87.

conjunto com os médicos da UCD. A média de visitas realizadas por mês foi de oitocentas e sessenta e três (863); o mês com menor número de visitas realizadas (785) corresponde a abril, enquanto o maior (983) diz respeito ao mês de outubro, o que poderá estar relacionado com a realização da campanha de vacinação para a gripe sazonal. A duração média de cada visita domiciliária é de 15 a 30 minutos e o tempo despendido nas deslocações por contacto, aos domicílios, situa-se entre os 10 e 30 minutos²³.

No decurso dos três anos em que decorreu a fase de trabalho de campo, para além da mudança ao nível da formação dos enfermeiros, verificaram-se outras alterações, nomeadamente ao nível da mobilidade de enfermeiros. A influência que estes fatores tiveram na realização do nosso estudo será retomada posteriormente.

A periodicidade com que as VDs se realizam está na dependência da classificação, em uso no CSPD: “*VD preventiva*” (destinada ao controlo da tensão arterial e glicemia capilar e “*VD curativa*” (tratamentos e administração de injetáveis), cuja frequência de realização deriva, maioritariamente, da prescrição médica. Paralelamente, a realização das VDs está centrada na resposta em cuidados à pessoa dependente o que se constata em alguns dos excertos das notas de evolução que seguidamente se transcrevem:

C₁²⁴ - “*Aquando da VD à Sra. Angelina...*”

C₆ - “*Realizada VD à Sra. M (PD)...*”

C₁₄ - “*Feita VD para avaliar se cuidador cumpre medicação do doente...*”

C₂₅ - “*Foi efetuada visita ao doente...*”

C₃₇ - “*VD de controlo de avaliação da TA pelo cuidador.*”

C₆₃ - “*Realizada VD à Sra. D (PD)...*”

C₆₆ - “*Foi efetuada visita ao Sr. J (PD)...*”

De modo a organizar a agenda de VDs, os enfermeiros responsáveis por cada “*zona de trabalho*” verificam e/ou atualizam, diariamente, uma listagem de todos os clientes por zona a quem deverão realizar VD, o motivo de intervenção e a data da próxima VD.

A “*alta*” do cliente da UCD para a unidade de saúde da sua área de residência é decidida sobretudo, em função da evolução do “*motivo de intervenção*” definido (finalidade dos CE atribuída pelos enfermeiros aquando da admissão do cliente) e pouco em função do nível de autonomia para o AC atingido pela PD ou pelo desenvolvimento de competências pelo FC no desempenho do papel.

²³ Para a obtenção desta média teve-se em conta a estimativa do total de horas em cuidados calculado a partir do número de horas diárias de cuidados diretos aos clientes, já que a duração de cada visita domiciliária não é sujeita a qualquer registo.

²⁴ Na apresentação dos dados decorrentes da análise aos processos clínicos que integraram a amostra para o estudo da documentação dos CE (subcapítulo 6.3), a utilização de excertos será identificada pela utilização da expressão Caso x (C_x) em que “x” corresponde à numeração atribuída pelo investigador ao processo clínico analisado.

O contacto telefónico, outro instrumento utilizado para a resposta em CE, é sobretudo utilizado pelo FC (até porque é frequentemente disponibilizado pelo enfermeiro) no sentido de informar sobre internamento ou alta do hospital, ida ao SU, ou pedido de apoio na resolução de uma alteração na condição de saúde da PD ou de problema emergente no desempenho do papel. Para muitos dos CI participantes no estudo, a perceção deste apoio contribui para o aumento da segurança nos cuidados à PD e na diminuição de emoções negativas associadas ao desempenho do papel.

Rui - "... desde que tivemos os enfermeiros a virem cá a casa melhorou muito. E nos dias que eles não vêm a gente pode telefonar se for preciso alguma coisa. Só isto dá logo outra segurança..."

Maria - "... aquele telefone tem-me safado de algum desespero...algumas coisas que acontecem ao meu pai e que me deixam com medo, telefono para os enfermeiros e eles sosseguem-me logo..."

Por parte do enfermeiro o contacto telefónico é pouco utilizado. Nos 70 casos analisados, há a referência a seis contactos telefónicos por iniciativa do enfermeiro:

C₂ "... estabelecido contacto telefónico com esposa para averiguação da situação atual do utente"

C₂₄ "Contacto telefónico para informar sobre conveniência de vacinação em simultâneo para a gripe e pneumo. A aguardar contacto da mãe quando tiver as vacinas."

C₂₈ "... contactados telefonicamente os familiares do Sr.J para nos inteirarmos de como decorreu a cirurgia..."

C₃₈ "... estabelecido contacto telefónico com esposa para averiguação da situação atual do utente"

C₆₆ "Contactou-se a cuidadora formal da Sra. MJ com a finalidade de saber se a terapêutica prescrita foi eficaz no controlo das dejeções. Segundo a cuidadora continua. Comunicar-se-á à médica de família próxima 4ª feira"

C₇₇ "... estabelecido contacto telefónico com esposa para averiguar sobre vacinação"

Por cada caso é constituído um processo clínico que organiza e documenta os cuidados dispensados durante o período de permanência do cliente na UCD, nomeadamente os instrumentos de referenciação de, e para, outras instituições de saúde utilizadas pelo cliente. Sobre os suportes de apoio à documentação dos CE na UCD dar-se-á conta posteriormente.

A UCD dispõe, ainda, de um registo estatístico em suporte informático, preenchido diariamente, que sustenta a afetação de recursos e disponibiliza a informação para a elaboração do relatório anual de atividades da UCD. De acordo com os enfermeiros, tal como se apresenta, é um programa com maior interesse para a gestão de topo, nomeadamente no que se refere a consumo de material dando pouca visibilidade aos CE.

Os enfermeiros da UCD

Ao iniciarmos o estudo, o conjunto de enfermeiros que constituía a equipa de enfermagem da UCD era de dezasseis, aumentando para vinte a partir da fase de planeamento da ação e até ao final.

A caracterização que apresentamos refere a conjugação dos dados obtidos em dois momentos de recolha: o primeiro ao iniciarmos o estudo, sendo obtidos junto da enfermeira chefe da unidade; o segundo aquando da aplicação do questionário sobre a mudança operada nos CE.

Ao longo de todo o projeto de investigação a média de idades oscilou entre 35,6 anos (1º momento) e 24,9 anos (2º momento).

A distribuição da idade manteve-se assimétrica, situando-se entre os 27 e os 56 anos, com predominância das idades mais jovens, sendo o intervalo etário mais representativo o dos 25 aos 30 anos (seis e doze enfermeiros, respetivamente, para o 1º e 2º momento de recolha de dados).

Predomina o sexo feminino com 9 e 15 enfermeiras (1º momento/2º momento). O grau académico manteve-se ao longo dos dois momentos: um enfermeiro possui o grau de bacharel, outro o grau de mestre e os restantes são detentores do grau de licenciado em enfermagem. A maioria dos enfermeiros realizou o curso de enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (ESEPD); um efetuou-o na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo e outro na ESEP. A maioria dos enfermeiros situa-se na categoria de enfermeiro; dois enfermeiros possuem a categoria de enfermeiro especialista, um em Saúde Mental e Psiquiátrica e outro em Saúde Comunitária, tendo realizado a sua formação o primeiro na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e o segundo na ESEPD. Dois enfermeiros fizeram formação pós-graduada, nomeadamente em Cuidados Paliativos e em Educação Sexual. Ao longo da investigação, uma enfermeira terminou a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na ESEPD e três enfermeiros a Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação na ESEL, ficando a equipa com um total de seis enfermeiros com formação especializada (incluindo a enfermeira chefe).

O tempo de exercício profissional varia entre 4 e 30 anos, com maior preponderância do tempo inferior a 10 anos, sendo o tempo médio de 11,2 anos e 9,7 anos (respetivamente para o 1º e 2º momento de recolha de dados). Para os enfermeiros mais jovens da equipa, o tempo de exercício profissional tem acontecido, maioritariamente, na UCD; na maioria dos casos, o tempo em que a atividade profissional não foi exercida nesta unidade foi-o em unidades de saúde do CSPD. O tempo de exercício na UCD varia entre menos de 1 ano (1 enfermeiro) e 4 anos (9 enfermeiros) sendo a moda 3 anos.

No que respeita a formação específica na área de cuidados domiciliários vocacionado para FC de PD, a maioria dos enfermeiros refere que este tem sido um processo auto-formativo, realizado a par com algumas ações de formação de curta duração proporcionadas pelo núcleo de formação da instituição e por participação em eventos

formativos (jornadas, congressos). Apenas um enfermeiro que esteve na instalação da UCD refere ter ido visitar algumas unidades semelhantes em Lisboa, o que lhe permitiu adquirir conhecimento acrescido na área. Em relação à formação em contexto académico, em particular no que diz respeito à formação inicial e especializada, são unânimes em considerar que esta não é uma área enfatizada nos respetivos planos de estudos - o que está em concordância com a análise dos planos de estudos das instituições de ensino dos Açores relativos aos anos em que realizaram a sua formação – sugerindo a sua inclusão nos planos de estudos atuais.

6.2 – Os clientes dos CE

A realização deste estudo, parte integrante da fase diagnóstica, teve como propósito explorar o desempenho dos CI e o contexto onde ele acontece contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre as áreas de atenção de enfermagem através da caracterização:

- i) das famílias que integram dependentes no AC quanto ao tipo de família, ao tipo de alojamento e às condições socioeconómicas;
- ii) da quanto a atributos sociodemográficos, à situação de dependência e à condição de saúde;
- iii) do FC principal quanto a atributos sociodemográficos, PAE e cuidados dispensados aos PD ;
- iv) da natureza dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados a PD no domicílio.

A população deste estudo é constituída pelos clientes da UCD do CSP, num total de 270 (ao momento da aplicação do formulário)²⁵. Responderam ao formulário 202 famílias (75,6%) tendo sido inutilizados 8 formulários por questões relacionadas com o seu preenchimento, pelo que a amostra se constituiu por 194 famílias (71,7%), 196 PD e 194 CI²⁶. Das 270 famílias abrangidas pela UCD ao momento da aplicação do formulário, 30 recusaram participar, 20 mudaram de residência para outros concelhos da ilha de S. Miguel (fora da área de abrangência da UCD) ou de outras ilhas dos Açores (3) e 16 PD faleceram antes de ser aplicado o formulário.

A aplicação do formulário (apresentado no subcapítulo da recolha de dados) decorreu entre outubro de 2010 e janeiro de 2011 no domicílio das famílias.

Efetuamos, primeiro, a apresentação dos resultados decorrentes da análise dos dados através da estatística descritiva, não só em relação à caracterização sócio-demográfica quer da família, quer da PC e do FC, como também em relação a cada uma das

²⁵ Amostragem não probabilística, intencional

²⁶ Dois CI cuidavam de dois PD na mesma família.

dimensões em estudo – “dependência no AC”, “condição de saúde da PD”, “PAE”, “cuidados dispensados pelo FC à PD (incentivo ao AC e intensidade dos cuidados)” e “recursos de apoio ao AC”.

Perfil sociodemográfico dos clientes

As 194 famílias inquiridas, residentes na área de abrangência da UCD – Concelho de Ponta Delgada (com uma população total de 65746 e uma população idosa de 5770²⁷) e Concelho de Lagoa (com uma população total de 13766 e uma população idosa de 1260²⁸) - encontram-se, maioritariamente (82.0%), nas freguesias do Concelho de Ponta Delgada, 16,4% na zona urbana, 36,1% nas zonas limítrofes e 29,5% nas zonas rurais e, portanto, mais afastadas do local onde se encontra a UCD, não só pela distância mas também pelas vias de acessibilidade. No Concelho de Lagoa, o qual em termos de distância e de vias de acessibilidade se torna mais próximo do local de sede da UCD, residem 17,9% das famílias²⁹.

As tipologias de família encontradas vão de “clássica sem núcleos” a “clássica com três núcleos”, sendo as mais comuns (89,8%) a “clássica sem núcleo” e a “clássica com um núcleo”. O número de membros por família varia de 1 a 10, sendo a média à volta de 3 membros por família (desvio padrão de 1,73) o que vai ao encontro da tendência demográfica atual, ou seja, o decréscimo da proporção de famílias com quatro ou mais pessoas (INE, 2012). Ao longo da colheita de dados, constatámos que as famílias com um núcleo eram, na sua maioria, constituídas pelo cônjuge (CI) e pela PD. O número de membros é, em média de três membros por família.

O rendimento mensal oscila entre 250€ e 5000€, com mais de metade das famílias (61,2%) com um rendimento mensal inferior a 1000€ e com um rendimento *per capita* mensal de 410€.

As fontes de rendimento com maior significado nas famílias inquiridas são, por ordem decrescente, a “Pensão/Reforma” (96.4%), o “Complemento de dependência” (68,9%), “A cargo da família” (40,5%) e, por último com 12,4%, o “Rendimento do trabalho”.

O alojamento é, na sua maioria (99,0%), do tipo clássico, sobretudo moradia (95,9%), apenas com 12,0% a necessitarem de reparações; o número de divisões do alojamento por ocupante do agregado é de 2 (duas). Todas as moradias possuem retrete, água canalizada e instalação de água ou duche³⁰.

²⁷ SREA, 2011

²⁸ Idem

²⁹ Cf. Anexo VI, Tabela 1

³⁰ Cf. Anexo VI, Tabela 2

À semelhança do verificado em vários estudos (Brito, 2002; Lage 2005; Martin, 2005, Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Petronilho, 2007; Pereira, 2007; Amendoal, 2007; Araújo, Paúl & Martins, 2009; Duque, 2009; Leonardo, 2011; Pereira E., 2011), a maioria das PD é do sexo feminino (63,8%) e tem mais de 80 anos de idade (45,9%); o estado civil mais representativo é o dos viúvos com 48,0%. Sem ocupação profissional encontram-se 98,5% das PD, estando em situação de “*Pensionistas/reformados*”. O nível de escolaridade de 85,8% das PD é nenhum (53,1%) ou o 1º ciclo do ensino básico (32,7%)³¹. Do total dos 196 PD que constituem a amostra, 19,0% vive só³².

Tal como em relação às PD, também o perfil sociodemográfico dos CI da amostra vai ao encontro dos já referidos em outros estudos (Tavares, 2006; Crespo-López & López-Martínez, 2007; C. Andrade, 2009; Duque, 2009; Hoffman & Rodrigues, 2010; Pereira & Filgueiras, 2009; Pereira, E. 2011; Leonardo, 2011).

Na amostra de FC, constituída por 194 (dois são cuidadores, no mesmo domicílio, de duas PD), predomina o sexo feminino (90,7%) assim como o estado civil casado/união de facto (77,8%). A idade varia entre os 18 e os 92 anos, a maioria com 50 ou mais anos (63,4%); a média situa-se nos 55 anos (desvio padrão de 13,7). Quase metade dos CI é analfabeta (44,6%); 45,6% possuem o ensino básico, com predomínio do 1º ciclo (25,4%). Sem ocupação profissional está 78,2% da amostra (cerca de 51,6% é “*doméstica*”). A maioria dos CI (81,0%) vive com a PD e a relação de parentesco predominante entre FC e PD é a de filho/a (36,6%), seguida de marido/esposa (26,3%)³³.

6.2.1 – A PD: dependência no AC e condição de saúde

A situação de dependência no AC da PD foi caracterizada em termos de duração, causa e nível. Associada, ainda, à situação de dependência, considerou-se o consumo de medicamentos e os episódios de internamento e de recurso ao SU no ano que antecedeu a recolha de dados.

Assim, o tempo de dependência das PD variou entre 3 meses e 69 anos (causa congénita para a instalação da dependência) com uma média de 6 anos (desvio padrão de 9,34). Com um tempo de dependência superior a 5 anos, estão 38,2% das PD. Os motivos da dependência são, maioritariamente, a doença crónica (50,0%), a doença aguda (43,4%) e o envelhecimento (29,1%)³⁴. Maioritariamente, estes dados vão ao encontro dos verificados nos estudos de Marote (2005), Duque (2009), Pereira, E. (2011) e Leonardo (2011).

³¹ Cf. Anexo VII, Tabela 3

³² Cf. com os dados do FC relativos à coabitação.

³³ Cf. Anexo VIII - Tabela 10

³⁴ Cf. Anexo VII, Tabela 4

A maioria das PD (96,9%) consome medicamentos. A diversidade de fármacos prescritos varia entre 1 e 18, com uma média de 7 medicamentos, com 55,8% a terem 5 a 10 fármacos prescritos; tomando como universo o total de PD que consome medicamentos (190), o número de fármacos nas tomas/dia varia entre 0 a 24; a média é de 9 por tomas por dia. De salientar que cerca de 1/4 da população (21,6%) tem 10 a 15 fármacos por toma diária e 16,8% tem 15 ou mais fármacos por toma diária³⁵.

Considerando o ano anterior à recolha de dados, o número de internamentos variou entre 1 e 5, com 45,0% das PD a relatarem 1 ou mais episódios. No mesmo período de tempo o número de episódios de recurso ao SU variou entre 1 e 10, com 54,0% das PD a recorrerem a este serviço uma ou mais vezes no último ano³⁶.

O nível de dependência no AC

Como referido aquando da apresentação do formulário como técnica para a recolha de dados, o nível de dependência no AC foi avaliado através de escala desenvolvida por Duque (2009).

Assim, atendendo à dependência global no AC, verifica-se que os 196 PD que participaram no estudo necessitam da ajuda de pessoas, parcial ou total, para o desempenho das atividades de AC, o mesmo se verificando por domínio de AC no que respeita aos AC *“Usar o sanitário”, “Vestir-se e despir-se”, “Tomar banho”, “Arranjar-se”, “Andar”, “Tomar a medicação” e “Alimentar-se”* com 99,5% a 100% das PD a necessitarem de ajuda de pessoas. Nos AC *“Transferir-se”, “Elevar-se”, e “Virar-se”* a percentagem de PD a necessitarem de ajuda de pessoas, parcial ou total, para as atividades de AC é, respetivamente, 84,7%, 76,1% e 68,9%, o que se, por um lado, significa existir uma parcela da população com maior nível de independência (a necessitar de equipamento³⁷ ou a ser independente³⁸) por outro lado, traduz a existência de uma percentagem bastante significativa de PD que, se não forem assistidos por outros, permanecerão no leito (Gráfico 1).

³⁵ Cf. Anexo VII, Tabela 5)

³⁶ Cf. Anexo VII, Tabela 6)

³⁷ 7, 19 e 24 PD necessitam de equipamento, respetivamente, para os AC *“Elevar-se”, “Virar-se” e “Transferir-se”* (cf. Anexo VII, Tabela 7)

³⁸ 40, 42 e 6 PD são independentes, respetivamente, para os AC *“Elevar-se”, “Virar-se” e “Transferir-se”* (cf. Anexo VII, Tabela 7).

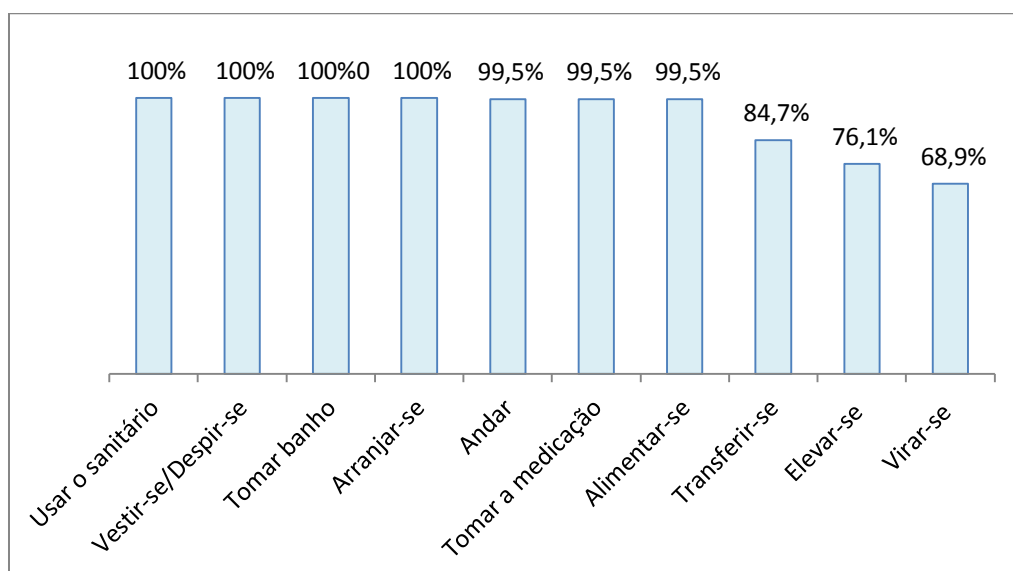


Gráfico 1 - % de PD com necessidade de ajuda de pessoa, parcial ou total, por domínio de AC

Na dependência, ela é menor para os AC “Alimentar-se”, “Arranjar-se”, “Elevar-se”, “Virar-se” e “Tomar a medicação”, já que é nestes que se verifica haver uma menor percentagem, respetivamente, 38,8%, 48,5%, 37,8%, 40,8% e 44,9% de PD a não participarem³⁹.

Tendo em conta as variáveis de caracterização sociodemográficas da PD verifica-se relação estatisticamente significativa entre a dependência global no AC e o sexo⁴⁰ e escolaridade da PD⁴¹, sendo os do sexo masculino e com níveis mais elevados de escolaridade os mais dependentes.

Também a relação de parentesco FC/PD apresenta relação estatisticamente significativa com a dependência no AC⁴² constatando-se maior dependência na relação filho/filha.

De igual modo, a dependência no AC está estatisticamente relacionada com o número de internamentos e de episódios de recurso ao SU, ocorridos no último ano⁴³, sendo que quanto maior a ocorrência de um ou outro maior a dependência.

Paralelamente, a variabilidade associada às frequências, absolutas e relativas, em cada uma das atividades desses domínios de AC, possibilita a especificação de necessidades por cada e em cada domínio. Assumindo como exemplo o AC “Tomar banho”, a pessoa pode ser independente para “secar o corpo” mas necessitar de equipamento para se “lavar no chuveiro” ou da ajuda de pessoa para “regular o fluxo da água”. Deste modo, a

³⁹ Cf. Anexo VII – Tabela 7

⁴⁰ Mann-Whitney U = 3458,500 e p=0,010

⁴¹ Kruskal-Wallis (chi-square = 15,084 e p= 0,005).

⁴² Kruskal-Wallis (chi-square = 11,444 e p= 0,043).

⁴³ Valores respetivos de teste: coeficiente de correlação de Rho de Spearman = -0,209 e p=0,004; coeficiente de correlação de Rho de Spearman = -0,326 e p=0,000.

especificação da dependência poderá melhor orientar para a determinação das necessidades em CE de um grupo de pessoas ou de uma pessoa em particular.

Assim, e não obstante o facto da população em estudo apresentar dependência de alguém, total ou parcial, nos domínios de AC *“Usar o sanitário”*, *“Vestir-se e despir-se”*, *“Tomar banho”*, *“Arranjar-se”*, *“Andar”*, *“Tomar a medicação”* e *“Alimentar-se”*, cerca de 1/4 da população apresenta autonomia/potencial de autonomia em algumas das atividades, nomeadamente⁴⁴:

- i) AC *“Vestir-se e despir-se”*, em que as atividades *“abotoa/desabotoa as roupas”* e *“usa cordões/usa fechos”* são/poderão ser realizadas de forma independente por, respetivamente, 24,0%/28,1% e 26,0%/31,4% dos próprios PD;
- ii) AC *“Arranjar-se”*, com uma parcela de população independente nos indicadores *“penteia ou escova os cabelos”* (27,6%), *“usa um espelho”* (21,2%), *“limpa as orelhas”* (20,9%) e *“mantém o nariz desobstruído e limpo”* (39,3%);
- iii) AC *“Alimentar-se”*, com uma parcela de população independente nos indicadores *“pega no copo ou chávena”* (40,3%), *“leva os alimentos à boca usando os dedos das mãos/com recipiente/com utensílios”* (46,4%/41,3%/34,9%), *“bebe por copo ou chávena”* (39,8%), *“coloca os alimentos na boca”* (38,3%) e *“conclui uma refeição”* (33,2%);
- iv) AC *“Tomar a medicação”*, com 35,8% das PD a fazerem a toma da medicação de forma independente.

Na disponibilidade de equipamento, existe, igualmente, uma parcela da população que apresenta potencial de autonomia para os AC:

- i) *“Tomar banho”*, com 25,5% de PD a poderem *“lavar-se no chuveiro”*;
- ii) *“Usar o sanitário”*, com alguns PD que poderão *“ocupar e desocupar o sanitário”* (12,2%), *“posicionar-se na sanita ou na arrastadeira”* (11,2%) e *“erguer-se da sanita”* (11,7%);
- iii) *“Andar”*, com 15,3% de PD a poderem *“percorrer distâncias curtas”*;
- iv) *“Transferir-se”* com pouco mais de 12,0% a necessitarem de equipamento.

A condição de saúde

Relativamente à condição de saúde da PD, verifica-se existir compromisso em todos os processos corporais⁴⁵ que foram alvo de exploração, através de entrevista e de observação, orientada com base nos itens do formulário especificamente desenhados para o efeito. Pela apreciação do Gráfico 2, desde logo, salienta-se que 78,1% das pessoas apresentam compromisso da amplitude articular, especialmente das articulações

⁴⁴ Cf. Anexo VII – Tabela 8

⁴⁵ Processo do sistema regulador, processo do sistema tegumentar, processo do sistema musculoesquelético, processo do sistema respiratório, processo do sistema urinário, processo do sistema gastrointestinal e processo do sistema neurológico.

dos membros inferiores, cerca de metade manifesta sinais de desidratação e de compromisso respiratório, respetivamente, 49,5% e 41,3%. Por volta de 1/3 apresenta alteração do estado mental (34,7%), compromisso da integridade da pele (31,1%) e sinais de desnutrição (28,6%). Com deficientes condições de higiene e asseio e deficientes condições de vestuário estão, respetivamente, 17,9% e 13,8% das PD, sobretudo por má higiene oral (14,8%), odores corporais (9,2%), unhas sujas (8,7%), secreções oculares (5,6%) e roupa suja/desabotoada (respetivamente 9,7% e 8,2%)⁴⁶.

A taxa de quedas no mês que antecedeu a aplicação do formulário é de 8,2%, o que, se numa primeira abordagem poderá parecer baixa, adquire maior significado se tivermos em conta o facto de 84,7% das PD necessitarem de ajuda de pessoa, parcial ou total, para se transferirem e que é uma franja mais diminuta das PD (cerca de 15,0%) que suporta o próprio corpo na posição de pé e que percorre distâncias curtas (< 100m) com o apoio de equipamento para o efeito.

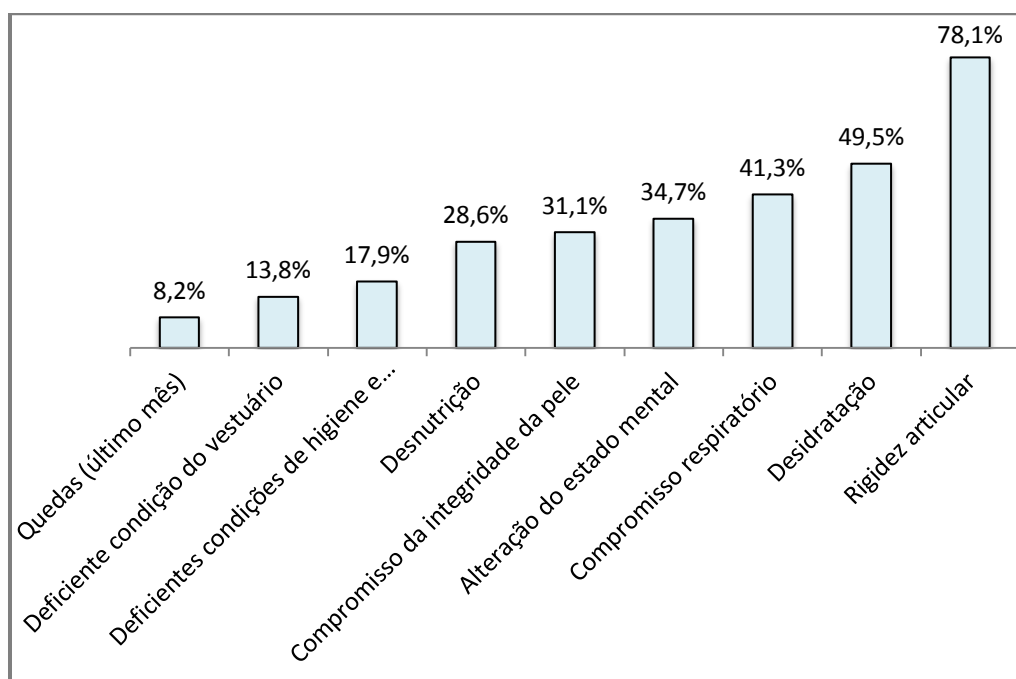


Gráfico 2 - % de PD com sinais de compromisso na condição de saúde

Em relação à desidratação, os sinais mais significativos são a pele e mucosas secas (46,4%/28,1%), o compromisso respiratório manifestado, sobretudo, por limpeza das vias aéreas comprometida (13,8%) e acumulação de secreções traqueobrônquicas (12,8%).

As úlceras por pressão (26,0%) são o principal compromisso da integridade da pele; variam entre 1 a 3 por PD, tendo como localização mais frequente a região sagrada, os trocânteres, os maléolos e os calcâneos. Contrariamente ao que poderia ser expectável, dada a ocorrência de incontinência urinária/intestinal (52,0%/42,9%) e uma vez que

⁴⁶ Cf. Anexo VII - Tabela 9

quase todos as PD usam fralda (181/92,3%), o eritema pelas fraldas verifica-se em 11 (5,6%) casos. A desnutrição revela-se, essencialmente, por magreza excessiva (25,0%). Quer a desidratação, quer o compromisso respiratório, quer a desnutrição poderão estar relacionados com o facto de 35,2% das PD apresentarem compromisso da deglutição⁴⁷.

6.2.2 – O FC: PAE e cuidados dispensados à PD

Tal como para a avaliação do nível de dependência no AC, a PAE foi avaliada através de escala desenvolvida pelo Núcleo de Investigação da ESEP, já referida aquando da apresentação do formulário como técnica para a recolha de dados.

Constata-se que, globalmente, assim como por domínio de AC, os CI avaliaram-se como “Medianamente” (median.) ou, sobretudo, “Muito competentes” no desempenho de atividades relacionadas ao papel para assistir a PD, com valores superiores a 90,0% para os AC “Tomar banho”, “Vestir-se e despir-se”, “Alimentar-se” e “Tomar a medicação”. É nos AC “Andar”, “Transferir-se”, “Elevar/virar-se” e “Usar o sanitário” que se verifica existir mais CI com uma avaliação menos positiva de autoeficácia, com valores respetivos de 37,9% (15,5% a posicionar-se no “Incompetente”), 25,7% (13,7% a posicionar-se no “Incompetente”), 26,2% (3,2% a posicionar-se no “Incompetente”) e 13,6% com apenas 1 CI a posicionar-se no “Incompetente”⁴⁸

Procedendo à análise pelos nove processos de cuidar identificados por Schumacher *et. al* (2000) como centrais no desempenho de papel de CI no sentido de providenciarem o “melhor cuidado”, verificam-se níveis de competência positivos (“Medianamente competentes” e “Muito competentes”) em todos eles, com valores para a “Tomada de decisão” e “Monitorização” a rondar os 100%. Salienta-se, ainda, o facto de que em todos os domínios, a maior percentagem está no score 4 (“Muito competente”). A única exceção vai para o domínio “Trabalhar em parceria com a PD”, em que, comparativamente com os restantes, 40,6% se consideram “Medianamente competentes” ou “Muito competentes”, ou seja, é onde se verifica maior percentagem de CI que se consideram “Pouco competentes” (31,1%) ou “Incompetentes” (28,7%)⁴⁹.

Tendo em conta o score global médio de PAE obtido (3,2579) conclui-se que globalmente os CI sentem-se competentes no desempenho de atividades de apoio à PD. Por domínio específico de PAE verifica-se que é no desempenho destas atividades no âmbito dos AC “Vestir-se e despir-se”, “Tomar banho”, “Alimentar-se” e “Tomar a medicação” que apresentam, em relação decrescente, scores mais elevados em relação ao score global de PAE, respetivamente, 3,389, 3,3820, 3,3119 e 3,2637, sendo positivo o diferencial entre estes e aquele score. Contrariamente, os AC “Usar o sanitário”, “Virar-

⁴⁷ Cf. Anexo VII - Tabela 9

⁴⁸ Cf. Anexo VIII - Tabela 11

⁴⁹ Cf. Anexo VIII -Tabela 11

se”, “Transferir-se” e “Andar” apresentam, em relação decrescente, *scores* mais baixos em relação ao score global de PAE, respetivamente, 2,9863, 2,9096 e 2,8538, sendo negativo o diferencial entre estes e aquele score (Gráfico 3).

Tendo por base os processos considerados por Schumacher *et. al* (2000) verifica-se que são os processos “Decidir”, “Monitorizar”, “Providenciar” e “Negociar” que apresentam, em ordem decrescente, *scores* mais elevados em relação ao *score* global de PAE, respetivamente, 3,5813, 3,5044, 3,4193 e 3,3500, sendo positivo o diferencial entre estes e aquele *score*. Contrariamente, os processos “Ajustar” e “Aceder” e, sobretudo, “Trabalhar em parceria com a PD”, apresentam, em ordem decrescente, *scores* mais baixos em relação ao *score* global de PAE, respetivamente, 3,1933, 3,1878 e 2,3890, sendo negativo o diferencial entre estes *scores* e aquele (Gráfico 3).

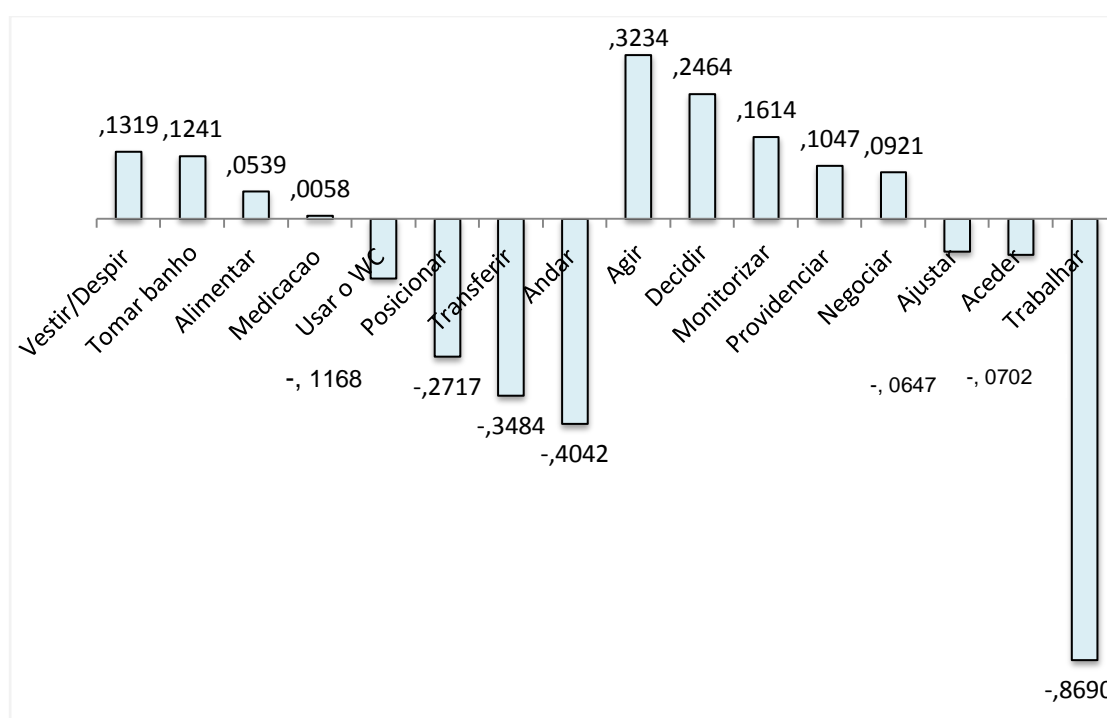


Gráfico 3 - PAE do FC por categorias, face ao *score* global

Conclui-se que a PAE global é influenciada positivamente pela PAE específica nos AC “Vestir-se e despir-se”, “Tomar banho”, “Alimentar-se” e “Tomar a medicação” e pelos processos “Decidir”, “Monitorizar”, “Providenciar” e “Negociar”, o mesmo não acontecendo com os processos de “Ajustar”, “Aceder” e “Trabalhar”.

Por outro lado, recorrendo a testes de associação de variáveis, verifica-se que a PAE apresenta associação significativa com a idade e estado civil da PD⁵⁰ e ainda uma correlação negativa fraca com o tempo de dependência da PD⁵¹, o que significa que os mais velhos têm menor PAE.

⁵⁰ Valores de teste respetivos: chi-square = 20,313 e p= 0,000 e chi-square = 11,009 e p= 0,012

⁵¹ Coeficiente de correlação de *Rho de Spearman* -0,294 e p=0,000

Paralelamente, pelas frequências absolutas e relativas obtidas por cada um dos indicadores de percepção de competência por domínio de AC, torna-se possível a especificação de necessidades, pela variabilidade associada a cada um deles. Por exemplo, o FC pode considerar-se muito competente para *“Perceber a necessidade de cuidados de higiene”*, mas não tão competente para *“Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados à PD pelos profissionais de saúde”*. Deste modo, a especificação da competência percebida por atividades poderá melhor orientar para a determinação das necessidades de apoio e suporte ao FC.

Procedendo, então, a uma análise, de maior pormenor, sobre os resultados obtidos com a avaliação da PAE por domínio de AC verifica-se que, ao nível do AC *“Tomar banho”*, mais de 80% dos CI em 11 (68,8%) dos 16 itens posicionam-se como *“Medianamente competentes”* a *“Muito competentes”*, nomeadamente: *“Perceber a necessidade de cuidados de higiene”*, *“Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene”*, *“Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene”*, *“Pentear o cabelo”*, *“Cortar as unhas”*, *“Barbear”*, *“Avaliar a qualidade dos cuidados prestados à PD pelos profissionais”*, *“Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho”*, *“Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho”*, *“Dar banho”* e *“Lavar os dentes”*⁵².

Onde mais de ¼ dos CI se sentem menos competentes (pelo somatório dos valores percentuais de CI que se posicionaram nos scores 1 e 2) é, por ordem crescente, nas atividades: *“Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados à PD pelos profissionais”* (27,5%), *“Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene”* (27,7%), *“Escolher equipamentos adaptativos para dar banho”* (35,0%) e, com uma percentagem ainda mais significativa (mais de metade dos CI), *“Promover a participação da nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene”* (62,9%) e *“Incentivar a PD a participar nos cuidados de higiene”* (66,1%), nestas duas últimas com mais de ¼ dos CI a considerarem-se incompetentes⁵³.

No que respeita ao AC *“Vestir-se e despir-se”*, em 7 (63,6%) dos 10 itens de avaliação da PAE neste domínio, mais de 80,0% dos CI posicionaram-se como *“Medianamente competentes”* ou, sobretudo, como *“Muito competentes”*. De forma significativa os CI têm uma PAE menos positiva para as atividades: *“Incentivar a PD a vestir-se e a calçar-se”* (67,8%), *“Escolher equipamentos adaptativos para vestir a PD”* (62,0%) e *“Promover a participação da PD nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado”* (61,8%)⁵⁴.

⁵² Cf. Anexo VIII, Tabela 13

⁵³ Cf. Anexo VIII, Tabela 13

⁵⁴ Cf. Anexo VIII, Tabela 14

Na PAE no desempenho do papel para assistir a PD no AC *“Alimentar-se”*, em 10 (66,7%) dos 15 itens de avaliação, mais de 80,0% dos CI consideraram-se como *“Medianamente competentes”* a *“Muito competentes”*, nomeadamente: *“Perceber a necessidade de dar de comer à PD”*, *“Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições da PD”*, *“Determinar o horário, a forma e o local das refeições”*, *“Perceber a necessidade de dar de beber”*, *“Perceber se a PD ingere de forma segura alimentos ou líquidos”*, *“Modificar o horário, a forma e o local das refeições”*, *“Garantir a ajuda de profissionais ou familiares/amigos para lidar com as limitações da PD para se alimentar”*, *“Dar de comer/beber”* e *“Posicionar a PD para as refeições”*. Ainda com uma avaliação positiva da autoeficácia, mas com um valor menos expressivo que os anteriores, está a atividade *“Detetar sinais de desnutrição da PD”* com 61,9% (33,9% a considerarem-se *Medianamente competentes*)⁵⁵.

Os itens *“Detetar sinais de desidratação”*, *“Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações da PD para se alimentar”*, *“Incentivar a PD a comer/beber sozinho”* e *“Promover a participação da PD nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições”* reúne cerca de 50,0% dos CI a considerarem-se *“Pouco competentes”* ou *“Incompetentes”*. Salienta-se que o item *“Detetar sinais de desnutrição da PD”* reúne 38,1% de CI que se consideraram *“Pouco competentes”* ou *“Incompetentes”*⁵⁶.

Em relação à PAE no desempenho do papel para assistir a PD no AC *“Usar o sanitário”*, em 8 (53,3%) dos 15 itens de avaliação, mais de 80,0% dos CI situam-se no *“Medianamente competente”* ou *“Muito competente”* para: i) *“Determinar o horário e o local utilizado pela PD para urinar/evacuar”*, ii) *“Detetar se a pele da região perineal da PD se encontra limpa e seca”*, iii) *“Cumprir o horário e o local estabelecidos para a PD urinar/evacuar”*, iv) *“Garantir a ajuda de profissionais ou de familiares/amigos para lidar com as limitações da PD para urinar/evacuar”*, v) *“Trocar a fralda à PD”*, vi) *“Trocar o coletor urinário”* e vii) *“Lavar a região perineal”*⁵⁷.

Em 5 dos 15 itens de avaliação, entre 50 a 80,0% dos CI revela uma PAE menos positiva (*“Pouco competente”* ou *“Incompetente”*), nomeadamente para: i) *“Modificar o horário e o local utilizado pela PD para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual”*, ii) *“Colocar a PD na sanita”*, iii) *“Promover a participação da PD nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar”*, iv) *“Colocar a arrastadeira/urinol”* (77,0%) e v) *“Incentivar a PD a usar a casa de banho para urinar / evacuar”*⁵⁸.

⁵⁵ Cf. Anexo VIII, Tabela 15

⁵⁶ Cf. Anexo VIII, Tabela 15

⁵⁷ Cf. Anexo VIII, Tabela 16

⁵⁸ Cf. Anexo VIII, Tabela 16

No que respeita à PAE no desempenho do papel para assistir a PD no AC “*Elevar-se e virar-se*”, continua a verificar-se que, na maior parte dos itens de avaliação, 9 (56,3%) em 16, recebem uma apreciação positiva por parte dos CI (no entanto, com um valor relativo – entre 70 a 90,0% - inferior ao verificado nos domínios de AC anteriores) para as atividades: i) “*Perceber a necessidade da PD mudar de posição*”, ii) “*Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos*”, iii) “*Definir os posicionamentos adequados/inadequados*”, iv) “*Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos*”, v) “*Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos*”, vi) “*Garantir a ajuda de profissionais ou de familiares/amigos para lidar com as limitações da PD para se posicionar*”, vii) “*Posicionar a PD*” e viii) “*Sentar a PD*”. Para “*Detetar sinais precoces de úlceras por pressão*”, “*Detetar sinais precoces de rigidez articular*” e “*Escolher equipamentos adaptativos*”, entre 50 a 70,0% dos CI consideraram-se “*Medianamente competentes*” ou “*Muito competentes*”⁵⁹.

Com uma PAE avaliada em extremos menos positivos (“*Pouco competente*” ou “*Incompetente*”) estão os itens: i) “*Executar exercícios articulares à PD*” (73,3%), ii) “*Incentivar a PD a posicionar-se*” (68,6%) e iii) “*Promover a participação da PD nas decisões sobre o horário e tipos dos posicionamentos*” (63,7%)⁶⁰.

No que respeita ao AC “*Transferir-se*” voltamos a constatar que, para a maioria dos itens de avaliação (60,0%), mais de 70,0% dos CI (em alguns perto dos 100%) se posicionaram como “*Medianamente competentes*” ou, sobretudo, como “*Muito competentes*” para: i) “*Perceber as dificuldades da PD para se transferir*”, ii) “*Determinar o horário e a duração do período em que a PD se transfere da cama para a cadeira e vice-versa*”, iii) “*Cumprir o horário em que a PD se transfere da cama para a cadeira e vice-versa*”, iv) “*Alterar o horário e a duração do período em que a PD se transfere da cama para a cadeira e vice-versa*” e v) “*Garantir a ajuda de profissionais ou de familiares/amigos para lidar com as limitações da PD para se transferir*”⁶¹.

De modo significativo, os FC têm uma PAE menos positiva nos itens: “*Escolher equipamentos adaptativos para a PD se transferir*” (54,4%), “*Promover a participação da PD nas decisões sobre o horário e a duração da transferência*” (53,8%) e “*Incentivar a PD a transferir-se*” (52,6%)⁶².

A PAE sobre o desempenho do papel para assistir a PD no AC “*Andar*” recebe uma avaliação positiva em todos os itens pela maior parte dos FC, com maior relevância (80,0% ou mais dos CI) para: i) “*Perceber as dificuldades da PD na deambulação*”; ii)

⁵⁹ Cf. Anexo VIII, Tabela 17

⁶⁰ Cf. Anexo VIII, Tabela 17

⁶¹ Cf. Anexo VIII, Tabela 18

⁶² Cf. Anexo VIII, Tabela 18

“Determinar o horário, a duração e o local da deambulação” e iii) “Garantir a ajuda de profissionais ou de familiares/amigos para lidar com as limitações da PD para andar”⁶³.

“Assistir a PD a andar”, “Promover a participação da PD nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação” e “Incentivar a PD a andar” são os itens de avaliação da PAE que reúne perto de 50,0% dos CI a considerarem-se “Pouco competentes” ou “Incompetentes”⁶⁴.

Em relação à PAE para assistir a PD no AC *“Tomar a medicação”* mais de 80,0% do universo de respondentes posicionou-se maioritariamente no *“Medianamente competente”* e *“Muito competente”* em metade dos itens de avaliação, nomeadamente: i) *“Supervisar as tomas de medicação”* (99,5%), ii) *“Perceber se a medicação da PD está a produzir os efeitos desejados”*, iii) *“Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS”*, iv) *“Cumprir o horário e a dose da medicação”* (100%), v) *“Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS”*, v) *“Garantir a ajuda de profissionais ou de familiares/amigos para lidar com as limitações da PD para tomar a medicação”* e vi) *“Administrar a medicação”* (100%). O único item que tem uma porção maior (59,2%) de CI a situarem-se em níveis menos positivos de autoeficácia (*“Pouco competentes”* ou *“Incompetentes”*) refere-se a *“Promover a participação da PD nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS”*. Salienta-se, no entanto, uma percentagem bastante significativa de CI (em alguns itens a rondar os 50,0%) a situaram-se, igualmente, como *“Pouco competentes”* ou *“Incompetentes”*, nomeadamente: *“Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação”*, *“Incentivar a PD a preparar e a tomar a medicação”*, *“Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas”*, *“Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações da PD para tomar a medicação”* e *“Detetar efeitos secundários da medicação”⁶⁵.*

Os cuidados dispensados pelo FC à PD

Com vista à caracterização dos cuidados que são dispensados pelo FC à PD procedeu-se à identificação, por domínio de AC, da frequência⁶⁶ (diária, semanal e mensal) com que são efetuados, do local onde são realizados, da(s) pessoa(s) responsável(eis) pela tomada de decisão sobre os cuidados, assim como sobre o incentivo/participação da PD nos mesmos.

Em relação aos cuidados diários prestados pelo FC à PD (Gráfico 4), os que apresentam uma maior média de realização diária são o *“Número de refeições”* fornecidas e as vezes

⁶³ Cf. Anexo VIII, Tabela 19

⁶⁴ Cf. Anexo VIII, Tabela 19

⁶⁵ Cf. Anexo VIII, Tabela 20

⁶⁶ Pela análise descritiva, frequencial e percentual

em que “*Posiciona*” a PD, ambos com uma média de 4, em que a opção pelos decúbitos laterais ocorre, maioritariamente (70,0%), “às vezes” (3 CI nunca optam por estes).

Segue-se “*Dá água (líquidos) fora das refeições*” com uma média de 3 vezes/dia (em 30,6% dos casos a frequência de realização deste cuidado é ≤ 1 vez/dia); com o mesmo valor médio (2) seguem-se os cuidados “*Senta*” e “*Lava as mãos e a cara*”. Os cuidados “*Transfere*”, “*Movimenta a PD na cadeira de rodas*”, “*Inspeciona a pele do períneo*”, “*Lava os dentes*”, “*Penteia o cabelo*”, “*Inspeciona as zonas das proeminências ósseas*”, “*Levanta (por de pé)*” e “*Assiste na deambulação*” são realizados, em média, 1 vez por dia.

De salientar que 29,6% dos CI não faz levantar a PD (o que significa que algumas PD estão, permanentemente, no leito se tivermos em conta que no total de PD, só 3,0% fá-lo de forma independente e cerca de 13,0% poderá fazê-lo se na posse de equipamento para o efeito), 60,8%, não movimenta a PD na cadeira de rodas, fazendo deste recurso o local para onde é efetuado o levantar, 12,2% não inspeciona a pele do períneo, 41,5% não lava os dentes à PD, 43,9% não inspeciona as zonas das proeminências ósseas, 70,2% dos CI não eleva a PD e 85,2% não assistem a PD na deambulação, o que poderá significar que existe uma percentagem de PD que embora tenham potencial para andar, poderão nunca o fazer, já que 29,1% das PD ou necessitam de ajuda de pessoa ou necessitam de equipamento para tal⁶⁷.

Os cuidados: “*Massaja a pele das proeminências ósseas*” e “*Realiza exercícios/mobiliza os membros superiores/inferiores*” quase não são realizados. Não obstante, “*Massajar a pele das proeminências ósseas*” é um cuidado dispensado 1 vez/dia por 32,7% dos CI, enquanto que “*Realizar exercícios/mobilizar os membros superiores/membros inferiores*” é um cuidado prestado por pouco mais de 20% dos CI.

⁶⁷ Cf. Anexo VIII – Tabelas 23, 25, 26, 28, 29, 30 e 32

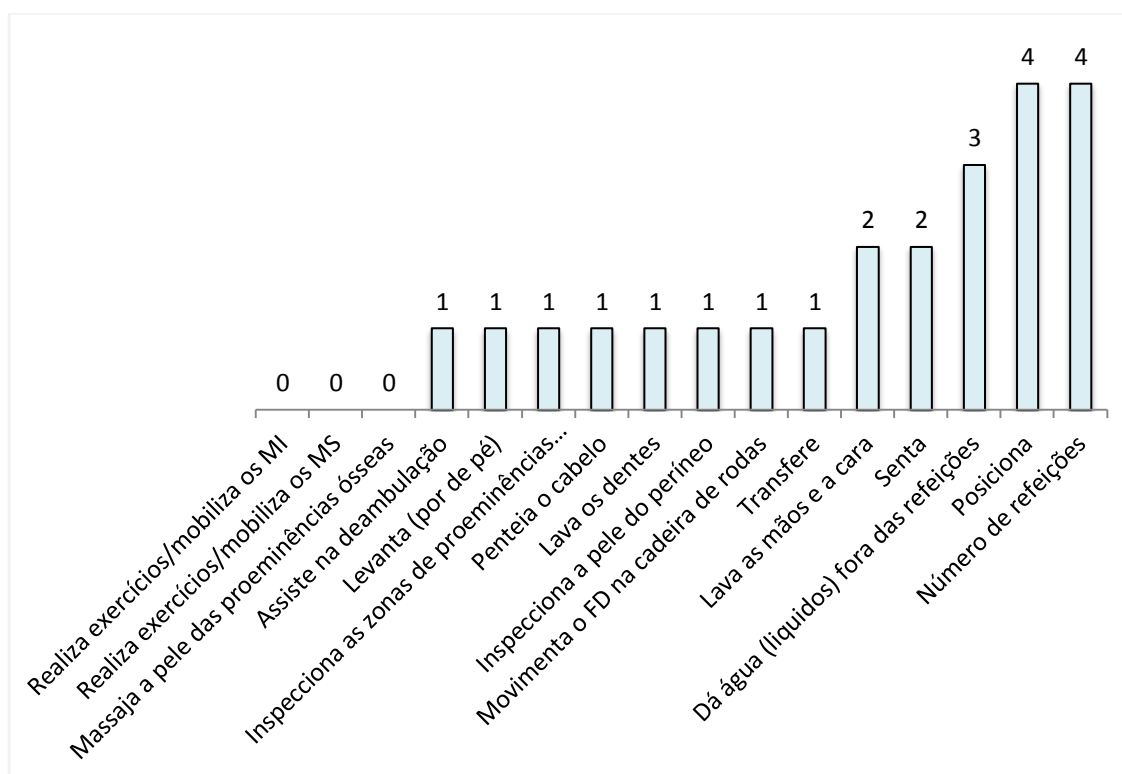


Gráfico 4 - Frequência dos cuidados diários prestados pelo FC à PD

No que respeita aos cuidados semanais prestados pelo FC à PD (Gráfico 5), “*Dá banho*” é realizado, na maioria dos casos, 6 vezes por semana; “*Aplica cremes hidratantes*” e “*Lava o cabelo*” acontece, maioritariamente, 3 vezes por semana; “*Limpa os ouvidos*”, “*Aplica desodorizantes/perfumes*” e “*Corta/apara a barba*” é efectuado 2 vezes por semana; “*Desenvolve atividades estimulantes da memória*” ocorre 1 vez por semana.

Verifica-se, no entanto, que 23,0% dos CI não “*aplica cremes hidratantes*”, 4,1% não “*lava o cabelo*”, 12,2% não “*limpa os ouvidos*”, 60,2% não “*Aplica desodorizantes/perfumes*”, 11,3% não “*corta/apara a barba*” e 88,8% não “*desenvolve atividades estimulantes da memória*”.

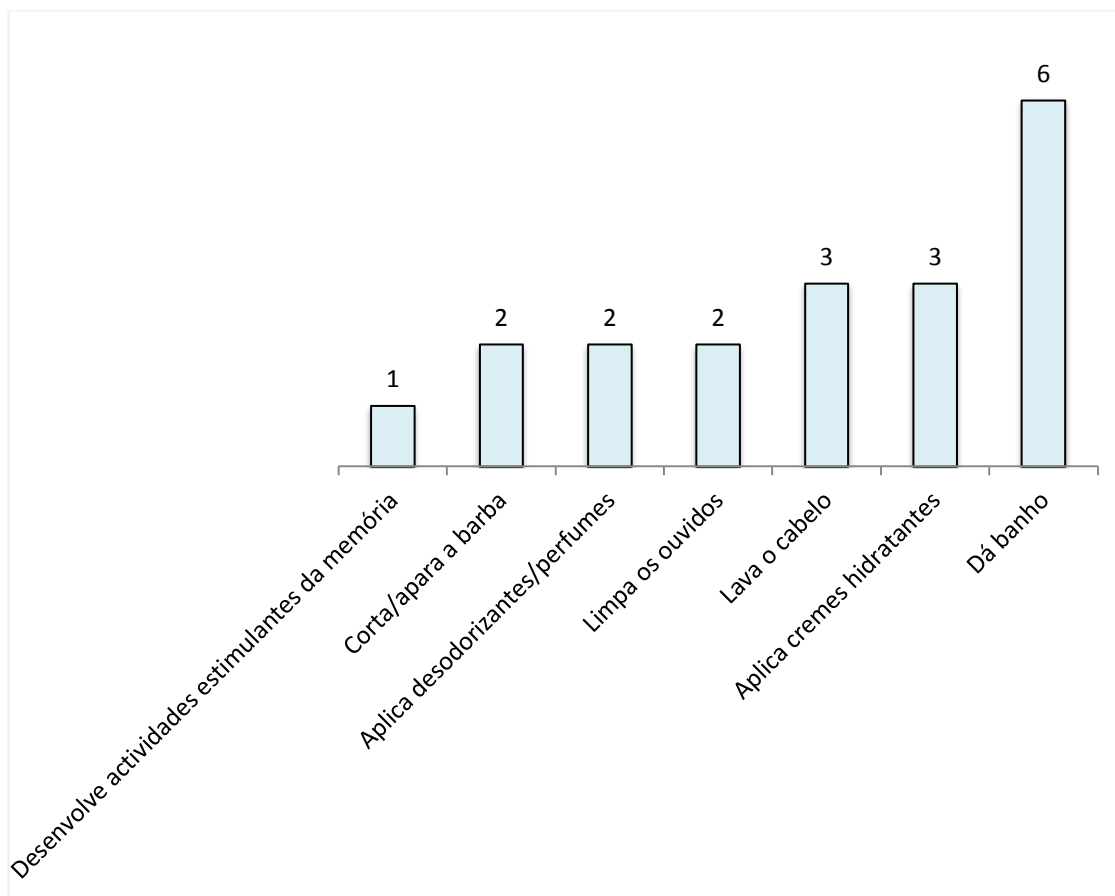


Gráfico 5 - Frequência dos cuidados semanais prestados pelo FC à PD

Relativamente aos cuidados mensais prestados pelo FC à PD (Gráfico 6), “*Arranjar as unhas*” e “*Levar a passear/sair de casa a PD na cadeira de rodas*” é realizado, respetivamente, 3 e 2 vezes por mês. Apenas 1 CI diz não cortar as unhas, mas que este cuidado é assegurado por uma manicura. Na maioria dos casos, a razão pela qual a PD é levado a passear na cadeira de rodas é para assistir à missa. Dos que possuem cadeira de rodas, 69.9% não são levados a passear na cadeira de rodas.

A aplicação de maquilhagem é realizada apenas por 1 FC que o faz com uma frequência de 3 vezes/mês por ser um hábito da PD e que coincide com a sua saída ao exterior.

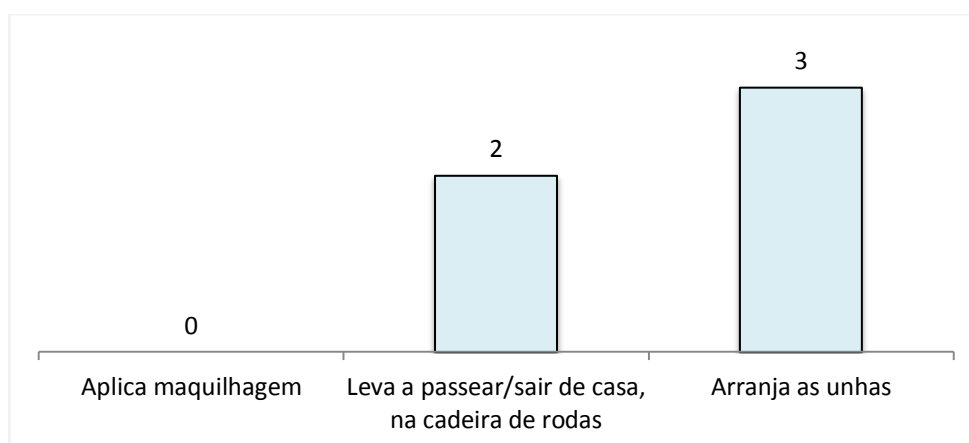


Gráfico 6 - Frequência dos cuidados mensais prestados pelo FC à PD

Quanto ao local onde estes cuidados são dispensados, verifica-se que, quer em relação ao banho, quer em relação às refeições, ambos são efetuados no próprio quarto da PD, na maior parte dos casos na cama (70,4%/48,0%) ou cadeira higiênica/cadeirão (3,1%/21,9%). Em 26,5% das PD a higiene é feita na casa de banho. A refeição é realizada em 30,1% dos casos na sala/cozinha⁶⁸.

O local onde habitualmente a PD urina e evacua é, em ambos os casos, a fralda (53,1% e 62,8%); 14,3% e 7,6% PD, respetivamente, urinam e evacuam na sanita⁶⁹.

No que respeita a estratégias no sentido do envolvimento da PD nos cuidados, verifica-se que a tomada de decisão sobre a frequência/local do banho, das refeições e tipo de dieta é maioritariamente da responsabilidade do FC, respetivamente, em 90,8%, 90,3% e 80,6% dos casos. Em 5,6% dos casos é a PD quem decide e em 3,6% são as funcionárias do serviço de higiene ao domicílio⁷⁰.

Em relação ao local onde a PD urina/evacua, ao horário dos posicionamentos e tipo de decúbitos e ao uso da cadeira de rodas, a decisão recai, sobretudo, no FC, respetivamente, 88,3%, 67,3% (não obstante, 30,1% das PD é que assumem esta decisão); a exceção acontece em relação aos períodos/locais de deambulação em que em 52,8% dos casos é o fisioterapeuta/auxiliar de fisioterapia quem decide, seguido da própria PD (34,0%)⁷¹.

Ainda em relação ao AC *“Usar o sanitário”*, levar a PD ao sanitário, no mínimo 1 vez/dia, para evacuar, é um cuidado adotado por 6,2% dos FC (5,0% *“às vezes”* e 1,2% *“sempre”*), posicionar a PD no sanitário é realizado por 33,7% dos FC (10,2% *“às vezes”* e 23,5%, *“sempre”*) e *“Lavar os genitais depois das micções/dejeções”* é realizado, *“sempre”*, por 68,9% dos FC, sendo que em 30,1% este cuidado é efetuado *“às vezes”*. A pesquisa defecalomas é um cuidado que é realizado por 14 (8,0%) FC, 9 (5,1%) dos quais, o fazem *“às vezes”*⁷².

O incentivo da PD à participação nas atividades de AC como⁷³:

- i) *“lavar as zonas do corpo de que é capaz”*, em 39,8% dos casos *“nunca”* acontece, no entanto, acontecendo em 60,2% dos casos *“às vezes”* (37,2%) e *“sempre”* (23,0%);
- ii) *“vestir-se e calçar-se sozinho”* acontece em 81,6% dos casos, maioritariamente *“às vezes”* (41,3%), sendo que na maior parte dos casos é o FC que *“veste e despe a roupa”*

⁶⁸ Cf. Anexo IX, Tabelas 21 e 24

⁶⁹ Cf. Anexo IX, Tabela 25

⁷⁰ Cf. Anexo IX, Tabelas 21 e 24

⁷¹ Cf. Anexo IX, Tabelas 25, 27 e 29

⁷² Cf. Anexo IX, Tabelas 25

⁷³ Cf. Anexo IX, Tabelas 21, 22,24, 25,26,27,29, 30, 31 e 32

da parte superior/parte inferior do corpo à PD" (89,8%/96,4%), "abotoa/desabotoa a roupa à PD" (86,2%) e "calça/descalça a PD" (95,3%);

iii) "comer sozinho" acontece em 66,3% dos casos (39,8%, "sempre"), não obstante se verifique que em 76,0% dos casos é o FC que dá os alimentos à boca (52,0% "sempre") e "ingerir líquidos fora das refeições" verifica-se em 93,1%, com predomínio do "sempre" (49,2%);

iv) "utilizar o sanitário" em 63,7% dos casos "nunca" acontece;

v) "sentar-se, posicionar-se e participar na transferência" acontece, respetivamente, em 75,4% (38,0%, "sempre"), 75,0% dos casos (49,0% "às vezes") e "incentivar a PD a levantar-se (pôr-se de pé)", "nunca" acontece em 67,6% ("às vezes" em 23,9%);

vi) "usar a cadeira de rodas" e "deambular na maior parte dos casos", "nunca" ocorre (86,6% e 88,5%);

vii) "preparar/tomar, sozinho, os medicamentos" é praticado por 40,1% dos FC (25,0%, "sempre");

viii) "tossir quando se apercebe (FC) que ele (PD) tem secreções" ocorre em 90,2% dos casos (49,7% "às vezes"); "aspirar secreções quando a PD não as consegue eliminar" é um cuidado que é realizado em 11 (15,7%) casos (6 FC, "às vezes").

Cuidados como "utilizar equipamentos de prevenção de quedas" e "recorrer à intervenção de profissional de saúde quando o estado de saúde da PD se altera", são dispensados, respetivamente, por 72,4% dos FC ("sempre", 56,6%) e pela totalidade dos FC (78,1%, "sempre").

Relativamente à adequação dos cuidados à PD, tendo como objeto de análise, os AC "Vestir-se e despir-se", "Alimentar-se", "Usar o sanitário" e "Tomar a medicação", verifica-se o seguinte⁷⁴:

i) o vestuário, genericamente, é adequado à condição antropométrica/dependência da PD (95,4%) assim como é ajustado à temperatura ambiente (82,1%);

ii) em 64,7% dos casos a dieta inclui, "sempre", fruta e legumes (em apenas 2 casos é que isto nunca acontece); na maior parte das situações (98,2%) verifica-se o respeito pela dieta aconselhada à PD (61,8%, "sempre"); a realização de ajustes na dieta em função das preferências da PD e em função da condição nutricional da PD verifica-se em 92,3% e 72,4% das situações (predominantemente às vezes, respetivamente, 75,3% e 64,2%); no entanto, em 27,6% dos casos a alteração da dieta em função da condição nutricional da PD "nunca" acontece; o recurso a espessantes/gelatinas ocorre em 41,7% das situações (31,5%, "às vezes");

⁷⁴ Cf. Anexo IX, Tabelas 22, 24, 25 e 31

iii) em relação ao AC *“Alimentar-se”*, em 8,2% e 3,6% dos casos é a PD quem decide sobre a frequência/local das refeições e tipo de dieta; em 7,1% dos casos a dieta é decidida pelo enfermeiro e em 8,7% por outros, nomeadamente, médico, nutricionista (aquando de um episódio de internamento) ou pelo serviço de refeições ao domicílio. A escolha da roupa a utilizar pela PD está centrada no FC (90,8%); em 7,1% casos é a PD quem faz a escolha;

iv) *“ajustar o horário/dose dos medicamentos”* (de acordo com indicação médica) é um cuidado realizado por 59,1% dos FC (50,3% *“às vezes”*); proceder a alterações no horário/dose dos medicamentos (sem indicação médica) é realizado *“às vezes”* por 25,3% dos FC e *“sempre”* por 1; esquecer-se da dose/administração de algum medicamento é um dado verificado, apenas, em 15 FC.

Através da estatística correlacional verifica-se relação estatisticamente significativa entre o número de internamentos e o número de episódios de recurso ao SU ocorridos no último ano e o incentivo à participação da PD nas actividades de AC sendo que a maior número de ambos corresponde menor incentivo⁷⁵.

6.2.3 – Os recursos de apoio ao AC

A caracterização da natureza dos recursos que se constituem como suporte ao AC teve em conta o leque disponível tendo sido designados como *“equipamentos”*, *“recursos complementares”*, *“recursos profissionais”* e *“serviços”*. Em relação aos *“equipamentos”* e aos *“recursos complementares”*, a análise teve em conta os seguintes parâmetros: *“necessário”*, *“utilizado”*, *“desejado”* e, sendo necessário, não utilizado e desejado, a respetiva *“razão para a não utilização”*. A decisão sobre a sua necessidade resultou do juízo clínico dos investigadores em campo.

O parâmetro *“utilizado”* refere-se ao equipamento/recurso complementar que, tendo sido considerado adequado, é utilizado pela PD/FC. Os considerados como *“desejados”* referem-se aos que são pretendidos pela PD/FC. As *“razões para a não utilização”* identificam as causas para tal e dividem-se entre: *“económica”*, *“desconhecimento da forma de aceder ao recurso”*, *“desconhecimento da forma de funcionamento”*, *“limitações da residência”* e *“outras razões”*. Procedeu-se ao cálculo da taxa global de utilização de recursos (TGUR) e da taxa de utilização de recursos (TUR) por domínio de AC⁷⁶.

⁷⁵ Coeficientes de correlação de Rho de Spearman respectivos: - 0,214 e p=0,003 e - 0,255 e p=0,000.

⁷⁶ Traduz a média de utilização dos recursos tendo por base os considerados necessários com base na fórmula: recursos utilizados / recursos necessários X 100.

Em relação aos recursos considerados necessários, procedeu-se ao cálculo da taxa de utilização global e por domínio de AC, a qual traduz a média de utilização tendo por base os considerados necessários⁷⁷.

Por domínio de AC verifica-se que são os AC “*Virar-se*”, “*Tomar a medicação*”, “*Alimentar-se*”, “*Elevar-se*” e “*Usar o sanitário*” que apresentam, em sentido decrescente, taxas mais elevadas em relação à TGUR considerados necessários para o apoio ao AC, respetivamente, 87,9%, 83,7%, 76,4%, 71,1%, 61,7%, sendo positivo o diferencial entre estas e aquela taxa.

Contrariamente, os AC “*Transferir-se*”, “*Andar*”, “*Tomar banho*”, “*Arranjar-se*” e “*Vestir-se e despir-se*” apresentam, em sentido decrescente, taxas mais baixas em relação à taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários, respetivamente, 55,0%, 34,4%, 25,9%, 25,0% e 20,8%, sendo negativo o diferencial entre estas taxas e a TGUR.

Recursos complementares como o “*Dispositivo de chamada*”, “*Material de instrução e aprendizagem*”, “*Prótese auditiva*”, “*Telefone/telemóvel*”, “*Pinça para alcançar objetos*”, “*Suporte para cartas*” e “*Enfia agulhas*” apresentam uma taxa de utilização de 15,4%, sendo aquela que na globalidade dos recursos apresenta maior diferencial negativo (-45,6153) em relação à TGUR (Gráfico 7).

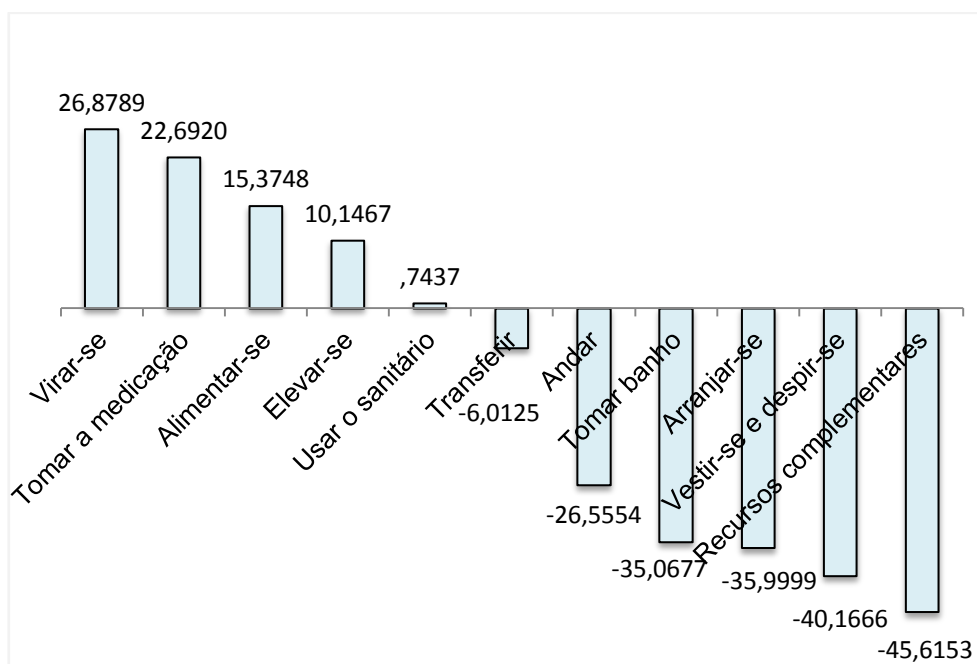


Gráfico 7 – Diferencial da taxa de utilização de equipamentos por domínio de AC e de recursos complementares considerados necessários, face à TGUR

Procedendo a uma análise mais refinada verifica-se que, por domínio de AC, os recursos considerados como mais necessários foram:

i) AC “Tomar banho” – a “cadeira higiênica” (40,8%), a “cadeira de banho” (29,1%) e o “lava cabeças para acamados” (28,6%), sendo, simultaneamente, os que apresentam menor utilização e os menos desejados, sobretudo por razões económicas⁷⁸;

ii) AC “Arranjar-se” – o “espelho inclinável” (12,2%), o qual não é nem utilizado nem desejado⁷⁹;

iii) AC “Alimentar-se” – o “babete” (53,6%) e a “mesa de comer na cama” (32,7%), o primeiro com uma taxa de utilização de cerca de 100% e o segundo de 45,0%, este não sendo nem utilizado nem desejado pela maioria dos CI⁸⁰;

iv) AC “Usar o sanitário” – a “cadeira sanitária” (47,9%), a “fralda” (42,3%), o “resguardo” (34,7%) e o “coletor urinário” (26,8%), sendo a fralda e o resguardo os dispositivos com uma utilização superior à identificada pelos investigadores; outros dispositivos no âmbito deste AC apresentam uma necessidade de utilização em 10 a 15,0% dos casos; o urinol, sendo a sua utilização adequada em 11,3% das PD, é preterido pela fralda e como tal não desejado; os restantes dispositivos, embora necessários, não são desejados pela maioria dos participantes ou, então, o não uso deve-se ao desconhecimento da sua existência⁸¹;

v) AC “Elevar-se” – o “apoio de pés” (17,9%) e as “barras paralelas e apoios da posição de pé” (14,8%), o primeiro com uma taxa de utilização de 50,0% e o segundo de 6,9%; ambos não são desejados pelos participantes que não os utilizam; os que os desejam remetem a não utilização para fatores económicos⁸²;

vi) AC “Virar-se” – o “colchão anti-úlceras de pressão” (48,0%) as “grades de apoio/segurança” (32,7%) e o “posicionador de perna e pés” (22,3%), o primeiro com uma utilização superior à necessidade identificada pelos investigadores; o segundo apresenta uma taxa de utilização de 80,0%, enquanto o terceiro, bastante menos utilizado, de 25,6%, não sendo desejado pela maior parte dos participantes; dispositivos como a “cotoveleira”, o “coxim”, o “transfer de cama”, o “imobilizador abdominal”, o “suporte para costas” e o “dispositivo de prevenção do pé equino”, considerados necessários em 8 a 15% das situações apresentam uma taxa de utilização muito baixa, maioritariamente por não serem desejados ou por desconhecimento da sua existência;⁸³

⁷⁸ Cf. Anexo X, tabela 33

⁷⁹ Cf. Anexo X, tabela 35

⁸⁰ Cf. Anexo X, tabela 36

⁸¹ Cf. Anexo X, tabela 37

⁸² Cf. Anexo X, tabela 38

⁸³ Cf. Anexo X, tabela 39

vii) AC "*Transferir-se*" – a "*cama articulada*" (38,8%) e o "*elevador de transferência*" (28,5%) com taxas de utilização respetivas de 74,0% e de 10,9%; a não utilização deve-se, na maior parte dos casos, a razões económicas⁸⁴;

viii) AC "*Andar*" – o "*andarilho*" (20,4%), com uma taxa de utilização de 30,0%, não sendo desejado pela maior parte dos participantes⁸⁵;

ix) AC "*Tomar a medicação*" – a "*máquina de pesquisa de glicemia capilar*" (47,4%), o "*aparelho de tensão arterial*" (37,8%) e o "*termómetro*" (37,2%) estes dois últimos com uma utilização superior à necessidade identificada pelos investigadores; os casos em que a máquina de pesquisa de glicemia capilar não é utilizada devem-se a razões económicas e ao desconhecimento do modo de acesso; dispositivos como o "*aspirador de secreções*", a "*caixa de comprimidos*", o "*nebulizador*" e o "*tritador de comprimidos*" são considerados necessários em 10 a 15,0% das situações e apresentam uma taxa de utilização à volta dos 50,0%, estando a não utilização maioritariamente relacionada com razões económicas ou por desconhecimento da sua existência⁸⁶.

Os dispositivos (*babete, cadeira sanitária, colchão anti-úlceras de pressão, máquina de pesquisa de glicemia capilar, cadeira higiénica, cama articulada, termómetro e aparelho de tensão arterial*) que, pela avaliação dos investigadores, foram considerados como necessários em 40 a 50,0% dos participantes são, maioritariamente utilizados (exceto a *cadeira sanitária e higiénica*) ou mesmo sobreutilizados, coincidindo com algumas das maiores taxas de utilização por domínio de AC (*Virar-se, Tomar a medicação*). Do mesmo modo, os dispositivos que se enquadram nos AC que apresentaram menor taxa de utilização correspondem aos menos desejados pelos participantes.

Os dispositivos considerados necessários pelos investigadores em 10 a 30,0% dos participantes situam-se no âmbito dos AC "*Tomar banho*", "*Arranjar-se*", "*Usar o sanitário*", "*Tomar a medicação*" e dos relacionados com a mobilidade, a maior parte coincidindo com os de menor taxa de utilização com exceção dos AC "*Virar-se*" e "*Elevar-se*". Nas situações em que os dispositivos não são utilizados, eles são simultaneamente não desejados pela maioria dos participantes.

Genericamente, a não utilização dos dispositivos/recursos de apoio ao AC que, na sequência do juízo clínico dos avaliadores, foram considerados como necessários, deve-se ao facto de não serem desejados; quando desejados, não são utilizados por razões (por ordem decrescente) económicas, de desconhecimento da forma de aceder ao recurso ou do seu funcionamento e ainda por limitações da residência. Muitos CI, durante

⁸⁴ Cf. Anexo X, tabela 40

⁸⁵ Cf. Anexo X, tabela 41

⁸⁶ Cf. Anexo X, tabela 42

o trabalho de campo, revelaram desconhecer a existência e finalidade do recurso sobre o qual estavam a ser questionados.

No âmbito dos recursos complementares, os identificados como mais necessários referem-se à “*pinça para alcançar objetos*” (82,1%), o “*telefone/telemóvel*” (30,1%) e o “*material de instrução e aprendizagem*” (20,4%), sendo o segundo aquele que apresenta maior taxa de utilização. O “*material de instrução e aprendizagem*” tem uma taxa de utilização de 15,0%, sendo desejado pela maioria dos participantes, enquanto a “*pinça para alcançar objetos*” não é utilizada e é pouco desejada⁸⁷.

No que respeita a recursos profissionais e não profissionais utilizados por mais de 10.0% dos FC/PD, e tendo em conta que todos estão abrangidos pelos cuidados da UCD e, por consequência, com cobertura total por assistente social, enfermeiro e médico, o outro recurso profissional mais utilizado é o “*fisioterapeuta*”, com 29,6% dos FC/PD a serem assistidos por estes profissionais de saúde. A “*família*” e a “*empregada*” são os recursos não profissionais utilizados, respetivamente, por 76,8% e 17,8% dos FC (Gráfico 8).

O Hospital e o serviço “112” são recursos institucionais utilizados por, respetivamente, 99,0% e 94,3%, o último como meio de transporte da PD para a urgência hospitalar ou para a ida a consultas médicas de especialidade ou para a realização de exames. A utilização do serviço de “*cuidados de higiene e conforto*” é constatada em 30,8% dos FC (Gráfico 8).

Nos recursos financeiros foram consideradas todas as formas de rendimento e não apenas a principal, pelo que uma mesma pessoa poderá reportar várias fontes de rendimento⁸⁸. Dado que se referem a uma população maioritariamente idosa, a “*pensão/reforma*” (96,4%) é a maior fonte de rendimento, seguindo-se o “*complemento de dependência*” (68,9%) e a “*cargo da família*” (40,5%) (Gráfico 8).

⁸⁷ Cf. Anexo X, tabela 43

⁸⁸ Idem

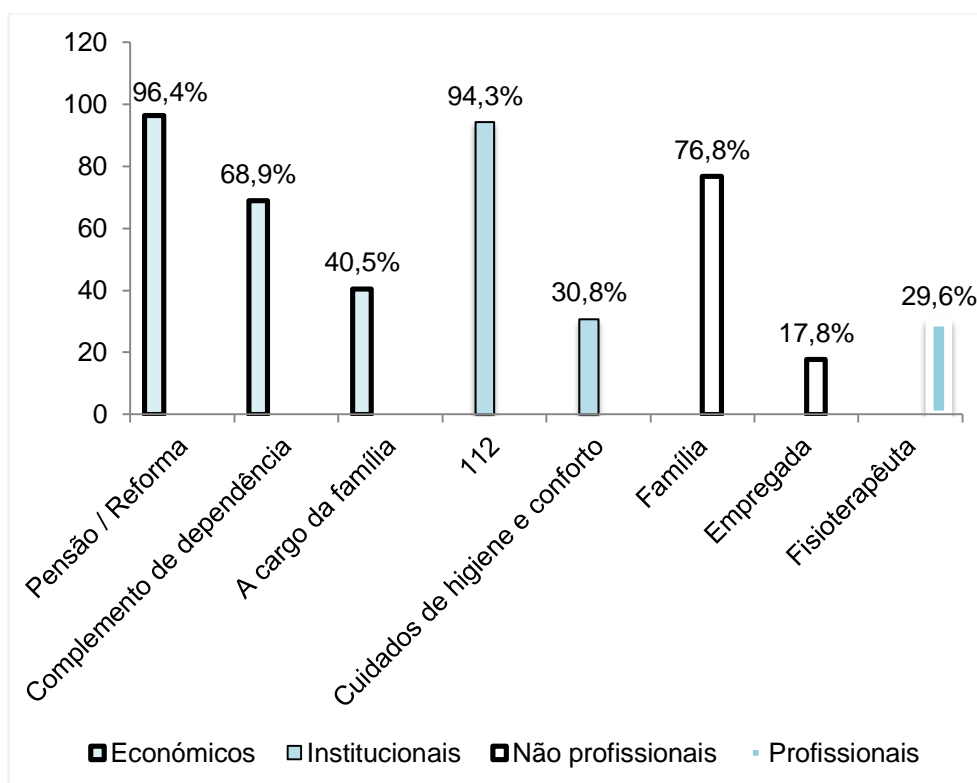


Gráfico 8 – % de recursos económicos, institucionais, não profissionais e profissionais utilizados por mais de 10% dos participantes

Serviços de apoio como “cabeleireiro, manicure e esteticista” e “acompanhamento da PD ao exterior” são utilizados por, respetivamente, cerca de 11,0% e 7,0% dos participantes. Uma parcela de famílias inferior a 3,0% faz uso dos serviços de “acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas da PD”, de “apoio a atividades instrumentais de vida diária”, da “linha de Saúde 24” dos “serviços de tele-assistência” e de “aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados”⁸⁹. A baixa utilização destes serviços talvez esteja relacionada com o facto de mais de ¾ dos participantes ter o apoio de um membro da família e por todos estarem cobertos pelos cuidados de saúde da UCD.

A TUR tem relação estatisticamente significativa com o tipo de família⁹⁰, o rendimento do agregado familiar/mês⁹¹ e a necessidade de reparações no alojamento⁹², sendo maior nas famílias com ou sem núcleo, com maior rendimento/mês e nas famílias cujos alojamentos apresentem menor necessidade de repações.

6.2.4 - As dimensões em estudo e suas relações

Partindo da caracterização das dimensões em estudo - nível de dependência no AC, condição de saúde da PD, PAE, cuidados dispensados pelo FC à PD (intensidade e

⁸⁹ Cf. Anexo X, tabela 44

⁹⁰ Mann-Whitney $U = 1038,000$ e $p=0,003$

⁹¹ Kruskal-Wallis $\chi^2 = 13,115$ e $p= 0,011$

⁹² Kruskal-Wallis $\chi^2 = 16,882$ e $p= 0,000$

incentivo) e TGUR, procedeu-se ao estudo das correlações entre as variáveis computadas a partir dos valores obtidos nas questões originais respectivas.

Para o efeito, recorreu-se à estatística paramétrica para as variáveis do tipo intervalar através do coeficiente de correlação de *Pearson*, e à não paramétrica para as variáveis do tipo nominal e ordinal, através do coeficiente de correlação *Rho de Spearman*, dos Testes de *Mann-Whitney* e de *kruskal-Wallis*. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 0,01 e 0,05, o que pressupõe um nível de confiança respetivo de 99% e 95%, admitindo-se um erro de 1% e 5%.

Pela leitura da Tabela 1 constata-se a existência de correlação estatisticamente significativa entre:

- i) a dependência global no AC e o incentivo da PD à participação no AC⁹³, concluindo-se que são os menos dependentes aqueles que são mais incentivados pelo FC;
- ii) a PAE com a intensidade de cuidados⁹⁴, sendo que a maior PAE corresponde maior intensidade de cuidados;
- iii) a condição de saúde com o incentivo da PD à participação nas actividades de AC⁹⁵, o que significa que são as PD com melhor condição de saúde aqueles que são mais incentivados pelo FC;
- iv) a dependência global no AC com a TGUR⁹⁶, sendo que a utilização de equipamentos de apoio ao AC é maior nos mais dependentes;
- v) a intensidade de cuidados com a TGUR de apoio ao AC⁹⁷, pelo que a utilização de equipamentos é maior quanto maior é a intensidade de cuidados.

Tabela 1 – Correlações entre as seis principais dimensões do estudo

	Valores do teste	Dependência	PAE	CS	Intensidade
Condição de saúde (CS)	Coeficiente de Correlação	- 0,193	- 0,151	---	---
	Nível significância	0,007	0,035	---	---
Intensidade	Coeficiente de Correlação	---	0,324	- 0,171	---
	Nível significância	---	0,000	0,017	---
Incentivo	Coeficiente de Correlação	0,669	0,165	- 0,293	0,170
	Nível significância	0,000	0,022	0,000	0,018
TGUR	Coeficiente de Correlação	- 0,264	---	---	0,234
	Nível significância	0,000	---	---	0,0001

Entre a *dependência global no AC* e a *condição de saúde* da PD, embora se constate correlação fraca⁹⁸, o teste de U - *Mann-Whitney* aponta para o facto de que são as PD

⁹³ Coeficiente de correlação de 0,669 e p=0,000

⁹⁴ Coeficiente de correlação de 0,324 e p=0,000

⁹⁵ Coeficiente de correlação de - 0,293 e p=0,000

⁹⁶ Coeficiente de correlação de - 0,264 e p=0,000

⁹⁷ Coeficiente de correlação de 0,234 e p=0,001

⁹⁸ Coeficiente de correlação de *Rho de Spearman* = - 0,193 e p=0,007

com maior dependência no AC aqueles que apresentam compromisso de aspetos específicos da condição de saúde, designadamente: i) da “*integridade da pele*”; ii) do “*estado nutricional*”; iii) do “*estado respiratório*”; iv) e do “*estado mental*” iv) assim, como deficientes condições de “*vestuário*”⁹⁹.

Esses compromissos, acrescidos de outros, são também responsáveis por maior dependência em domínios específicos de AC, nomeadamente, a presença de sinais de: i) “*desnutrição*”; ii) “*compromisso respiratório*”, iii) “*alteração do estado mental*”, iv) “*rigidez articular*” e de v) “*condições de higiene e asseio deficiente*”¹⁰⁰.

Do mesmo modo, embora a, PAE apresente correlação fraca com a condição de saúde da PD¹⁰¹, pelo teste de *Mann-Whitney* verifica-se que, nos casos em que as PD apresentam: “*sinais de desidratação*” e “*sinais de alteração do estado mental*”¹⁰² são menores os níveis de PAE global assim como a PAE nos domínios de AC “*Alimentar-se*”, “*Virar-se*” e “*Transferir-se*”.

Não se tendo verificado correlação entre a *dependência no AC* e a PAE, quando analisada a relação entre os seus domínios específicos, verifica-se maior PAE no AC “*Transferir-se*” e “*Andar*”, nos FC de PD com menor dependência nos mesmos domínios de AC¹⁰³.

A tendência verificada entre a PAE e a *intensidade* com que os cuidados são prestados pelo FC, é também constatada entre alguns dos seus domínios específicos e a frequência com que determinados cuidados acontecem. Assim, a níveis mais elevados de PAE nos domínios de AC “*Elevar-se*”, “*Transferir-se*”, “*Usar cadeira de rodas*” e “*Andar*” corresponde maior intensidade com que o FC: i) “*lava os dentes da PD/dia*”; ii) “*aplica cremes hidratantes/semana*”; iii) “*penteia a PD/dia*”; iv) “*posiciona a PD na cama/cadeirão por dia*”; v) “*Levanta a PD/dia*”; vi) “*transfere a PD da cama/dia*”; vii) “*mobiliza os membros superiores da PD/dia*”; viii) “*movimenta a PD na cadeira de rodas/dia*”; ix) “*leva a PD a passear na cadeira de rodas/mês*”; x) “*assiste a PD na deambulação/dia*”; xi)

⁹⁹i) *Mann-Whitney* $U = 3191,000$ e $p = 0,011$; ii) *Mann-Whitney* $U = 3124,000$ e $p = 0,026$; iii) *Mann-Whitney* $U = 3167,500$ e $p = 0,00$; iv) *Mann-Whitney* $U = 3105,500$ e $p = 0,01$; v) *Mann-Whitney* $U = 1617,000$ e $p = 0,015$;

¹⁰⁰i) AC “*Transferir-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3215,000$ e $p = 0,033$); ii) AC “*Tomar a medicação*” (*Mann-Whitney* $U = 3501,000$ e $p = 0,001$) e “*Transferir-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3471,500$ e $p = 0,001$); iii) AC “*Arranjar-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3544,000$ e $p = 0,012$); “*Tomar banho*” (*Mann-Whitney* $U = 3666,000$ e $p = 0,036$), “*Transferir-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3659,000$ e $p = 0,046$) e “*Tomar a medicação*” (*Mann-Whitney* $U = 3312,500$ e $p = 0,002$); iv) AC “*Tomar a medicação*” (*Mann-Whitney* $U = 2546,000$ e $p = 0,010$); v) AC “*Tomar banho*” (*Mann-Whitney* $U = 2278,500$ e $p = 0,041$).

¹⁰¹ Coeficiente de correlação de *Rho de Spearman* = - 0,151 e $p = 0,035$

¹⁰² PAE global (*Mann-Whitney* $U = 3234,500$ e $p = 0,011$); PAE no AC “*Alimentar-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3660,500$ e $p = 0,003$); PAE no AC “*Virar-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3016,500$ e $p = 0,000$); PAE no AC “*Transferir-se*” (*Mann-Whitney* $U = 3059,000$ e $p = 0,016$); PAE no AC “*Transferir-se*” (*Mann-Whitney* $U = 2803,500$ e $p = 0,038$).

¹⁰³ Valores respetivos do coeficiente de correlação: *Rho de Spearman* de 0,485 e $p = 0,000$; *Rho de Spearman* de 0,203 e $p = 0,000$.

“Massaja as zonas das proeminências ósseas/dia”; xii) “inspeciona as zonas das proeminências ósseas/dia” e xiii) “desenvolve atividades estimulantes da memória/semana”¹⁰⁴. O que significa que maior PAE nos domínios de AC relacionados com a mobilidade, corresponde maior intensidade de cuidados nesses mesmos domínios.

Por outro lado, a maior dependência no AC (global e/ou nos seus domínios específicos) corresponde menor intensidade com que alguns cuidados são prestados, designadamente: i) “aplica desodorizantes por semana”; ii) “número de refeições/dia” disponibilizadas pelo FC à PD; iii) “assiste PD na deambulação/dia”; iv) “leva a passear a PD na cadeira de rodas/dia”; v) “levanta PD/dia”; vi) “posiciona/dia”; vii) “transfere da cama/dia”; viii) “massaja as zonas das proeminências ósseas/dia”; e ix) “inspeciona as zonas das proeminências ósseas/dia”¹⁰⁵.

Em relação à condição de saúde, embora se verifique correlação fraca¹⁰⁶ com a intensidade dos cuidados, por outro lado, constata-se que nas PD que apresentam “sinais de desidratação” e de “desnutrição”¹⁰⁷ a intensidade de cuidados é maior.

A maior intensidade de cuidados corresponde maior incentivo à participação da PD nas atividades de AC, verificando-se, na especificidade, associação com a frequência com que o FC i) “assiste PD na deambulação/dia”; ii) “mobiliza os membros superiores/dia”; iii) “levanta a PD/dia”; iv) “posiciona a PD/dia”; v) “transfere a PD da cama/dia”; vi)

¹⁰⁴ i) PAE global (Mann-Whitney U = 2132,000 e p=0,022); ii) PAE no AC “Virar-se” (Mann-Whitney U= 3486,500 e p=0,039); iii) PAE no AC “Tomar banho” (Mann-Whitney U= 2223,500 e p=0,002) e no AC “Vestir-se e despir-se” (Mann-Whitney U = 2307,000 e p=0,031); iv) PAE global (Mann-Whitney U = 2603,500 e p=0,039); v) PAE nos AC “Andar” (Mann-Whitney U= 172,500 e p=0,003) e PAE “Transferir-se” (Mann-Whitney U = 1929,500 e p=0,001); vi) PAE no AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U = 1855,500 e p=0,002); vii) PAE global (Mann-Whitney U = 1473,000 e p=0,039) e PAE no AC “Virar-se” (Mann-Whitney U = 1434,500 e p=0,034); PAE no AC “Transferir-se”; (Mann-Whitney U = 1187,000 e p=0,024); viii) PAE global (Mann-Whitney U = 2449,000 e p=0,013); ix) PAE global (Mann-Whitney U = 1988,000 e p=0,019) PAE no AC “Andar” (Mann-Whitney U = 142,000 e p=0,042); x) PAE global (Mann-Whitney U = 1611,000 e p=0,010); PAE no AC “Andar” (Mann-Whitney U = 111,000 e p=0,000); xi) PAE global (Mann-Whitney U = 2946,500 e p=0,000); PAE no AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U= 2858,500 e p=0,039); PAE no AC “Virar-se” (valores de teste respetivos Mann-Whitney U= 1490,500 e p=0,009 e Mann-Whitney U = 2935,000 e p=0,001); xii) PAE no AC “Virar-se” (Mann-Whitney U= 1490,500 e p=0,009); xiii) PAE global (Mann-Whitney U = 1380,000 e p=0,046)

¹⁰⁵ i) AC “Vestir-se e despir-se” (Mann-Whitney U = 3276,000 e p=0,010); ii) AC “Alimentar-se” (Mann-Whitney U = 3131,500 e p=0,034); iii) Dependência global no AC (Mann-Whitney U = 1061,500 e p=0,00); AC “Andar” (Mann-Whitney U= 507,500 e p=0,000); iv) AC “Andar” (Mann-Whitney U = 2103,000 e p=0,011); v) Dependência global no AC (Mann-Whitney U = 1605,500 e p=0,00); AC “Andar” (Mann-Whitney U = 1655,000 e p=0,000); AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U= 1845,000 e p=0,000 vi) Dependência global no AC (Mann-Whitney U = 2607,500 e p=0,031); AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U = 2711,500 e p=0,049); vii) Dependência global no AC (Mann-Whitney U = 2490,500 e p= 0,039); AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U = 2453,500 e p=0,018); viii) Dependência global no AC (Mann-Whitney U = 2819,000 e p= 0,00); AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U = 3155,000 e p=0,000); ix) Dependência global no AC (Mann-Whitney U = 1353,000 e p=0,01); AC “Transferir-se” (Mann-Whitney U = 1486,500 e p=0,003).

¹⁰⁶ Rho de Spearman = -0,171 e p= 0,017

¹⁰⁷ Valores respetivos de teste: Mann-Whitney U = 3533,000 e p=0,001; Mann-Whitney U = 3071,500 e p=0,018

“movimenta a PD na cadeira de rodas/dia”; vii) “leva a passear a PD na cadeira de rodas/mês” e viii) “lava os dentes à PD/dia”¹⁰⁸.

Por outro lado, o incentivo à participação da PD nas atividades de AC é menor nos casos em que se verificam sinais de “compromisso da integridade da pele”, “desidratação”, de “rigidez articular”, “compromisso respiratório” e “alteração do estado mental”¹⁰⁹.

A TGUR, tal como constatado na Tabela 1, é maior nos casos em que quer a dependência no AC quer a intensidade de cuidados são mais elevadas. Particularizando pelos domínios específicos de AC, verifica-se que a maior dependência nos AC “Tomar banho”, “Vestir-se e despir-se” e “Arranjar-se” está associada maior taxa de utilização de recursos para os AC “Tomar banho” e “Vestir-se e despir-se” com valores iguais do coeficiente de correlação *Rho de Pearson*¹¹⁰.

Na especificidade, a maior intensidade com que alguns cuidados são prestados pelo FC corresponde maior TGUR, nomeadamente, a frequência com que o FC: i) “aplica cremes hidratantes à PD/semana”; ii) “lava os dentes à PD/dia”; iii) disponibiliza as “refeições/dia” à PD; iv) “senta” a PD; v) e “posiciona a PD/dia”¹¹¹.

Do mesmo modo, a maior frequência de realização de cuidados como i) “penteia a PD/dia”; ii) “dá água à PD/dia”; iii) “levanta a PD/dia”; iv) “senta a PD/dia”; v) “assiste a PD na deambulação/dia” corresponde maior taxa de utilização de recursos nos respetivos domínios específicos de AC¹¹².

Embora não se constate correlação entre a PAE global e a TGUR, o mesmo não acontece quando a exploração desta relação é aplicada ao nível das variáveis de especificação de cada uma destas dimensões, verificando-se que a maior PAE no âmbito dos AC “Andar” e “Tomar banho” corresponde maior utilização de recursos no respetivo domínio de AC¹¹³.

¹⁰⁸ i) Mann-Whitney $U = 1104,000$ e $p=0,000$; ii) Mann-Whitney $U = 1512,000$ e $p=0,048$; iii) Mann-Whitney $U = 1546,000$ e $p=0,000$; iv) Mann-Whitney $U = 2600,000$ e $p=0,030$; v) Mann-Whitney $U = 2447,000$ e $p=0,028$; vi) Mann-Whitney $U = 2662,500$ e $p=0,040$; vii) Mann-Whitney $U = 2080,000$ e $p=0,025$; viii) Mann-Whitney $U = 2228,500$ e $p=0,025$.

¹⁰⁹ Valores respetivos de teste: Mann-Whitney $U = 2982,000$ e $p=0,002$; Mann-Whitney $U = 3770,000$ e $p=0,009$; Mann-Whitney $U = 2433,500$ e $p=0,009$; Mann-Whitney $U = 3554,000$ e $p=0,005$; Mann-Whitney $U = 3173,000$ e $p=0,002$.

¹¹⁰ Coeficiente de correlação *Rho de Pearson* = - 0.933 e $p=0,000$.

¹¹¹ Valores respetivos de teste: i) Mann-Whitney $U = 3457,000$ e $p=0,003$; ii) Mann-Whitney $U = 1455,000$ e $p=0,000$; iii) Mann-Whitney $U = 2862,500$ e $p=0,010$; iv) Mann-Whitney $U = 2893,000$ e $p=0,005$; v) Mann-Whitney $U = 2331,500$ e $p=0,002$.

¹¹² Valores respetivos de teste: i) Mann-Whitney $U = 1986,000$ e $p=0,002$; ii) Mann-Whitney $U = 1689,500$ e $p=0,015$; iii) Mann-Whitney $U = 1109,500$ e $p=0,012$; iv) Mann-Whitney $U = 1390,000$ e $p=0,011$; v) Mann-Whitney $U = 138,000$ e $p=0,008$.

¹¹³ Coeficiente de correlação *Rho de Spearman* de 0.484 e $p=0.012$; Coeficiente de correlação de 0,191 e $p=0,011$.

Não tendo sido constatada relação estatisticamente significativa entre a *TGUR* e a *condição de saúde* da PD, no particular, à existência de “*compromisso da integridade da pele*” está associada maior utilização de recursos no âmbito dos AC “*Virar-se*” e “*Transferir-se*”¹¹⁴.

Síntese parcial

Apresentados os dados provenientes da aplicação do formulário a uma amostra de famílias que são alvo dos CE na UCD, fazemos de seguida um exercício de síntese descritiva e esquemática (Diagrama 5) que reúne os resultados que, na nossa perspetiva, são relevantes para a compreensão do desempenho do papel dos CI integrados naquelas famílias.

Assim, o facto dos FC e PD estarem integrados em famílias sem ou comum núcleo, de pequena dimensão, o que vai ao encontro da realidade contemporânea (Instituto Nacional de Estatística, 2012), poderá constituir-se como um fator precipitante da sobrecarga do FC uma vez que terá dificuldade em encontrar alguém próximo com quem possa partilhar a responsabilidade e/ou as tarefas de cuidado.

Do mesmo modo, o rendimento familiar mensal *per capita* é baixo, compatível com o nível de escolaridade da população e com o facto da maioria dos FC e PD não estar profissionalmente ativa, poderá por em causa o acesso a recursos de apoio à dependência no AC e, portanto, dificultar o desempenho do papel, já que a tendência é de que famílias com maiores recursos económicos tenham maior acessibilidade a recursos de auxílio complementar para o cuidar. Pelo contrário, para as famílias com baixos recursos económicos, cuidar de PD poderá representar um encargo financeiro ao qual poderão não dar resposta, afetando a satisfação das necessidades familiares (Paúl, 1997; Ribeiro, 2005; Andrade, 2009) e potenciando a manifestação e experiência de sintomas psicológicos (Meleis *et al*, 2000). Na realidade, o estudo realizado evidencia relação da utilização de recursos de apoio ao AC, quer com o tipo de família e o seu rendimento, quer com a escolaridade do FC.

O facto do FC não estar profissionalmente ativo, se, por um lado, permite maior disponibilidade para o cuidado, por outro, pelo contacto permanente com a situação de cuidados, poderá significar maior sobrecarga e representar maior risco de isolamento social. Para este efeito contribui estarem maioritariamente a viver em situação de coabitação, verificando-se que os casos em que isto mais acontece correspondem a PD

¹¹⁴Valores respetivos de teste: *Mann-Whitney U* = 1690,500 e *p*=0,018; *Mann-Whitney U* = 1422,500 e *p*=0,017.

com elevado grau de dependência com uma exigência de tempos de cuidado também mais elevada.

As condições habitacionais surgem, para a maior parte desta população, como fator facilitador da autonomia no AC e do desempenho do papel de CI, dado que o alojamento, na sua maioria, oferece condições de habitabilidade e conforto, verificando-se em casos muito reduzidos necessidades de reparação mínimas.

Relativamente ao perfil do FC e PD existem algumas semelhanças, nomeadamente quanto ao género (predominância do feminino) e à escolaridade - quase metade ou metade é analfabeta – aspeto que deve ser equacionado no âmbito das IE que têm como finalidade o desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades para o cuidado.

Também a relação de parentesco (filhos/as, seguido de marido/esposa) poderá contribuir para o mesmo efeito assim como para um padrão de cuidados de maior substituição da PD nas atividades de AC o que, de alguma forma, é corroborado pela relação estatística constatada entre a dependência global no AC e o incentivo da PD à participação nos cuidados, com a relação de parentesco.

A maior parte das PD é viúvo/a, tendo mais de 80 anos. Quanto ao FC, predomina o estado civil casado/união de facto, estando a maioria com mais de 50 anos. Estas características poderão significar maior risco de conflitos de papéis (filhos/as) ou dificuldade no desempenho do papel pelas limitações próprias associadas à idade (marido/esposa).

Quanto à dependência no AC, maioritariamente devida a doença crónica/envelhecimento, verificou-se que, globalmente e em quase todos domínios de AC, todos as PD necessitam da ajuda de pessoas, parcial ou total, sendo que a uma maior dependência no AC “*Tomar banho*” corresponde maior dependência nos AC “*Vestir-se e despir-se*” e “*Arranjar-se*”, o mesmo acontecendo entres estes dois e, igualmente, entre os AC “*Elevar-se*” e “*Transferir-se*”. Isto significa que se os CE tiverem em conta esta evidência, trarão, provavelmente, contributos para a reconstrução da autonomia da PD.

A maior dependência é verificada nos AC “*Usar o sanitário*”, “*Transferir-se*”, “*Usar cadeira de rodas*” e “*Andar*” tendo em conta o facto de neles se concentrar a maior percentagem de pessoas que são totalmente dependentes. No entanto, é também nesses AC (com exceção do AC “*Usar o sanitário*”) que pelo menos $\frac{1}{4}$ das PD apresenta capacidade de desempenho, seja com recurso a equipamento, seja porque são independentes. Também tendo em conta as atividades específicas por domínio de AC, nomeadamente aquele em

que todos as PD necessitam de ajuda total ou parcial para o AC¹¹⁵, cerca de ¼ da população apresenta capacidade para a realização de atividades específicas de AC (sobretudo no AC “*Alimentar-se*”). E este é um potencial de autonomia que deve ser valorizado pelos enfermeiros quando tomam por alvo quer o FC, quer a PD.

Se os FC considerarem que as PD não têm capacidade para executar algumas atividades de AC, tendem para um padrão de maior substituição, reduzindo a prática daquelas atividades e facilitando o estabelecimento gradual da dependência (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008). Do mesmo modo, a falta de consciencialização sobre as capacidades da PD e o significado a elas atribuído poderão dificultar a reconstrução da sua identidade na experiência de transição bem como seu envolvimento nos cuidados, simultaneamente constituindo-se como fator dificultador do desempenho do papel de FC (Shumacker *et al*, 1999; Shumacker *et al*, 2000; Smith, Borcchelt, Maier & Jopp, 2002).

¹¹⁵ “*Tomar banho*”, “*Arranjar-se*”, “*Alimentar-se*”, “*Usar o sanitário*”, “*Transferir-se*”, “*Andar*” e “*Tomar a medicação*”.

O DESEMPENHO DO PAPEL DO FC

Relacionado com...

Caracterizado por...

Perfil FD

- Sexo feminino (64,0%)
- Idade média - 74 anos
- Viúvos (48,0%)
- Pensionista/reformado (99,0%)
- Analfabeto (53,0%)

Situação de dependência

- Tempo médio: 6 anos
- Motivo: doença crônica (50,0%)
- Consome medicamentos (96,9%)
- Internamento (45,0%)
- Serviço de urgência (54,0%)

Dependência no AC

- i) ACs "Usar o sanitário", "vestir-se e despir-se", "Tomar banho", "Arranjar-se", "Andar", "Tomar a medicação" e "Alimentar-se" - dependência total ou parcial (100%)
- ii) > Dependência nos ACs "Usar cadeira de rodas" e "Andar": 86,5% e 65,3% dos FD são totalmente dependentes
- ii) ACs "Transferir-se" (15,3%), "Elevar-se" (23,9%), e "Virar-se" (31,1%): > % de FD a serem independentes ou que necessitam de equipamento

Potencial de autonomia em atividades de AC

- i) AC "Vestir-se e despir-se": "abotoa/desabotoa as roupas" (24,0%/28,1%) e "usa cordões/usa fechos" (26,0%/31,4%)
- ii) AC "Arranjar-se": "penteia ou escova os cabelos" (27,6%), "usa um espelho" (21,2%), "limpa as orelhas" (20,9%), e "mantém o nariz desobstruído e limpo" (39,3%)
- iii) AC "Alimentar-se": "pega no copo ou chávena" (40,3%); "leva os alimentos à boca usando os dedos das mãos/com recipiente/com utensílios" (46,4%/41,3%/34,9%), "bebe por copo ou chávena" (39,8%), "coloca os alimentos na boca" (38,3%) e "conclui uma refeição" (33,2%)
- iv) AC "Tomar a medicação": 35,8% faz a toma da medicação de forma independente
- v) AC "Tomar banho": "lavar-se no chuveiro" (25,5%)
- vi) "Usar o sanitário": "ocupa e desocupa o sanitário" (12,2%), "posiciona-se na sanita ou na arrastadeira" (11,2%) e "ergue-se da sanita" (11,7%)
- vii) AC "Andar": "percorre distâncias curtas" (15,3%)
- viii) AC "Transferir-se" com cerca de 12,0% a necessitarem de equipamento.

Condição de saúde

- i) Rigidez articular (78,1%)
- ii) Incontinência urinária/intestinal (69,9%/42,9%)
- iii) Sinais de desidratação (49,5%)
- iv) Compromisso respiratório (41,3%)
- v) Compromisso da deglutição (35,2%)
- vi) Alteração do estado mental (34,7%)
- vii) Alteração da integridade da pele (31,1%): úlceras por pressão (26,0%)
- viii) Sinais de desnutrição (28,6%): magreza excessiva (28,6%)
- ix) Deficientes condições de higiene e asseio/vestuário (17,9%/13,8%)
- x) Taxa de quedas: 8,2%

Perfil PC

- Sexo feminino (91,0%)
- Idade média - 55 anos
- Casado/união de facto (79,0%)
- Pensionista/reformado (75,0%)
- 1º ciclo ensino básico (45,6%)
- Vive com o FD (81,0%)
- Filho/a (37,0%); cônjuge (26,0%)

PAE (score médio : 3,2579)

PAE por domínio de AC

- i) "Vestir-se e despir-se" (3,389)
- ii) "Tomar banho" (3,382)
- iii) "Alimentar-se" (3,311)
- iv) "Tomar a medicação" (3,263)
- v) "Usar o sanitário" (3,141)
- vi) "Virar-se" (2,986)
- vii) "Transferir-se" (2,909)
- viii) "Andar" (2,853)

PAE pelos processos de cuidar

- i) "Agir" (3,581)
- ii) "Decidir" (3,504)
- iii) "Monitorizar" (3,419)
- iv) "Providenciar" (3,626)
- v) "Negociar" (3,350)
- vi) "Ajustar" (3,193)
- vii) "Aceder" (3,187)
- viii) "Trabalhar em parceria com o FD" (2,389)

Atividades com menor PAE

- i) "Incentivar o FD a participar" em todos os domínios de AC (entre 50 a 70,0%)
- ii) "Promover a participação do FD nas decisões" em todos os domínios de AC (entre 50 a 65,0%)
- iii) "Escolher equipamentos adaptativos" nos domínios de AC "Tomar banho", "Vestir-se e despir-se", "Alimentar-se", "Transferir-se" e "Tomar a medicação" (entre 35 a 65,0%)
- iv) "Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais" (30,0%)
- v) "Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene (27,7%)/pelo FD para urinar/evacuar..." (56,0%)
- vi) "Detetar sinais de desnutrição/desidratação" (38,0%/60,0%)
- vii) "Colocar o FD na sanita ou arrastadeira/urino" (54,0%/77,0%)
- viii) "Executar exercícios articulares ao FD" (73,0%),
- ix) "Assistir o FD a andar" (44,0%)
- x) "Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação" (48,0%)
- xi) "Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas" (40,0%)

Intensidade dos cuidados

Frequência média dos cuidados

- i) nº de refeições e de posicionamentos = 4/dia
- ii) água fora das refeições - 3/dia (em 30,6% é ≤ 1 vez/dia)
- iii) Sentar FD e lavar as mãos e a cara - 2/dia
- iv) Transferir, "movimentar" FD na cadeira de rodas, "inspecionar a pele do perineo/zonas das proeminências ósseas", "lavar os dentes", "pentear o cabelo", "levantar (por de pé)" e "assistir na deambulação" - 1/dia
- 29,6% dos PC não faz levantar ao FD
- 60,8%, não movimentam o FD na cadeira de rodas
- 11,7% não inspeciona a pele do perineo,
- 41,5% não lava os dentes ao FD,
- 43,4% não inspeciona as zonas das proeminências ósseas,
- 85,2% dos PC não assistem o FD na deambulação
- v) Massajar a pele das proeminências ósseas e realizar exercícios/mobilizar os membros superiores/inferiores - 0/dia
- vi) Banho - 6/semana
- vii) Aplicar cremes hidratantes e lavar o cabelo - 3/semana (23,0% não aplica)
- viii) Limpar os ouvidos, "aplicar desodorizantes/perfumes", e "cortar/aparar a barba" - 2/semana (12,2% não limpa os ouvidos, 60,2% não aplica desodorizantes/perfumes)
- ix) Atividades estimulantes da memória - 1 vez/semana (88,7% não o faz)
- x) Arranjar as unhas - 3/mês
- xi) Levar a passear/sair de casa na cadeira de rodas - 2/mês (69,9% não são levados a passear)

Outras frequências:

- i) "Levar o FD ao sanitário" para evacuar 1 vez/dia - 92,0% dos PC não o faz
- ii) "Posicionar o FD no sanitário" - 66,0% dos PC não faz
- iii) "Pesquisar fekalomas" - 92,0% dos PC não faz
- iv) "Utilizar equipamentos de prevenção de quedas" - 25,0% dos PC não o faz
- v) "Aspirar secreções quando FD não as consegue eliminar" - 84,0% dos PC não o faz

Incentivo à participação no AC

- i) AC Tomar banho - "lavar as zonas do corpo de que é capaz" (40,0%, "nunca")
- ii) AC "Vestir-se e despir-se" - "vestir-se e calçar-se sozinho" (18,0% "nunca"); "veste e despe a roupa da parte superior/ inferior do corpo ao FD" (90,0% é o PC que o faz); "abotoa/desabotoa a roupa ao FD" (86,0% é o PC que o faz) e "calça/descalça o FD" (95,0% é o PC que o faz)
- iii) AC "Alimentar-se" - "comer sozinho" (40,0%, "nunca"); "dá os alimentos à boca" (52,0% "sempre")
- iv) AC "Usar o sanitário" - "utilizar o sanitário" - (64,0% "nunca")
- v) AC "Elevar-se" - "sentar-se": "sempre" (25,0% "nunca")
- vi) AC "Virar-se" - "posicionar-se" (25,0%, "nunca") "incentivar o FD a levantar-se (pôr-se de pé)", "nunca" (67,6%)
- vii) AC "Transferir-se" - "participar na transferência" (59,0%, "nunca")
- viii) AC "Andar" - "deambular" (89,0%, "nunca")
- ix) AC "Usar cadeira de rodas" - "usar a cadeira de rodas" (87,0%, "nunca")
- x) AC "Tomar a medicação" - "preparar/tomar, sozinho, os medicamentos" (60,0%, "nunca")

Tomada de decisão sobre os cuidados

- i) Banho - 91,0% centrada no PC
- ii) Escolha da roupa - 91,0% centrada no PC
- iii) Nº de refeições e tipo de dieta - 90,0% e 81,0% centrada no PC
- iv) Local onde urina/evacua - 88,0% centrada no PC
- v) Horário e tipo de posicionamentos - 67,0% centrada no PC
- vi) Levante - 90,0% centrada no PC
- vii) Uso da cadeira de rodas - 88,0% centrada no PC
- viii) Períodos/locais de deambulação - 53,0% centrada no PC formal (fisioterapeuta/auxiliar de fisioterapia)

Recursos de apoio ao AC utilizados

Taxa global = 61,0%

- i) AC Tomar banho - 26,0%
- ii) AC "Vestir-se e despir-se" - 21,0%
- iii) AC "Arranjar-se" - 25,0%
- iv) AC "Alimentar-se" - 76,0%
- v) AC "Usar o sanitário" - 62,0%
- vi) AC "Elevar-se" - 88,0%
- vii) AC "Virar-se" - 71,0%
- viii) AC "Transferir-se" - 55,0%
- ix) AC "Andar" - 4,0%
- x) AC "Tomar a medicação" - 84,0%

Outros recursos

- i) Recurso profissional mais utilizado - fisioterapeuta (30,0%)
- ii) Recurso não profissional mais utilizado - "família" (77,0%) e "empregada" (18,0%)
- iii) Serviço de "cuidados de higiene e conforto" (30,8%)
- iv) Recursos económicos - "Pensão/Reforma" (96,0%); "Complemento de dependência" (69,0%); "A cargo da família" (41,0%); "Rendimento do trabalho" (12,4%)

Diagrama 5 – Síntese dos resultados obtidos com o formulário

A níveis mais elevados de dependência estão associados mais episódios de internamento assim como maior compromisso na condição de saúde da PD, estando estes em situação de polimedicação. No período de um ano, cerca de ½ das PD teve, pelo menos, um internamento e/ou um episódio de recurso ao SU. Este resultado em particular remete para a necessidade de reorientar a ação profissional dos enfermeiros no sentido de uma maior efetividade na prevenção e antecipação de complicações e, por consequência, na minimização de internamentos/recurso ao SU, tal como constatado no estudo de Coleman, Min, Chomiak & Kramer (2004)¹¹⁶.

A condição de saúde caracteriza-se por: i) ¾ das PD apresentarem rigidez articular; ii) cerca de metade exibir sinais de desidratação e de compromisso respiratório e sofrer de incontinência urinária/intestinal; iii) cerca de 1/3 apresentar alteração do estado mental e da integridade da pele (úlceras de pressão) assim como sinais de desnutrição; iv) cerca de ¼ apresentar condições de vestuário assim como de higiene e asseio deficientes. Todos estes compromissos, com exceção da desidratação e da incontinência urinária/intestinal, estão estatisticamente relacionados tanto com a dependência global no AC como com a dependência específica nos AC “*Tomar banho*”, “*Arranjar-se*”, “*Elevar-se*”, “*Transferir-se*” e “*Tomar a medicação*”. A alteração do estado mental é o denominador comum nas relações identificadas em todos estes AC.

Embora se tenha verificado uma taxa de quedas baixa, esta é uma área de atenção de enfermagem que deve ser tida em conta se relativizada na franja de PD que apresentam autonomia nos AC relacionados com a mobilidade.

Quer a condição de saúde (com predomínio do estado mental e da desidratação), quer a dependência (duração e nível por domínio específico de AC) influenciam a PAE do FC sobre o desempenho do papel, verificando-se que a maior compromisso da condição de saúde e a maior dependência nos AC “*Andar*” e “*Transferir-se*” corresponde menor PAE, enquanto que a maior tempo de dependência corresponde maior PAE. Em nosso entender, tal remete para o facto de que a exploração de experiências anteriores é um aspeto a ter em conta para/na prescrição de CE a estes clientes no sentido de identificar e potenciar conhecimentos/capacidades já adquiridas. Igualmente, a aposta em CE de preservação da condição de saúde da PD, de prevenção de compromissos e de manutenção/reconstrução da autonomia no AC é um factor de promoção do equilíbrio no desempenho do papel. Com efeito, a PAE do FC é extremamente relevante para o desempenho da sua função. Os cuidadores que fazem uma autoavaliação negativa da sua prestação de cuidados tendem a considerá-la como uma sobrecarga negativa e a ter

¹¹⁶ Neste estudo evidencia-se o facto de que a taxa de reinternamentos diminui para cerca de metade nas pessoas que foram alvo da intervenção dos profissionais de saúde no contexto domiciliário, comparativamente àquelas que não o foram.

um desempenho menos eficiente (Brito, 2002). Por outro lado, CI com níveis mais elevados de PAE estão mais preparados para encarar os desafios relacionados com o desempenho do papel, sentem que controlam a situação, estão mais aptos a utilizar estratégias de resolução de problemas, o que poderá resultar na diminuição de sintomas depressivos. Desde que os CI acreditem nas suas habilidades para efetuarm atividades relacionadas com o desempenho do papel, eles agirão habitualmente com essa convicção. Se deixarem de acreditar na sua habilidade, comportar-se-ão de forma diferente. Se alguma mudança significativa ocorrer na exigência da tarefa ou nas circunstâncias da situação, a eficácia pessoal, como guia de acção, é reavaliada (Bandura, 1997). No entanto, este autor alerta que as crenças de autoeficácia, sendo percepções que os indivíduos têm sobre as suas próprias capacidades, nem sempre resultam em comportamentos consistentes. Uma avaliação positiva poderá não resultar num desempenho consonante por exemplo, se a pessoa simultaneamente acreditar que o comportamento respetivo trará resultados indesejáveis. E de facto, os resultados obtidos sobre os cuidados dispensados pelo FC em alguns domínios de AC e/ou domínios de cuidar definidos por Schumacher *et al* (2000) não são consonantes com a PAE (positiva) respetiva o que, considerámos, deve ser equacionado no âmbito da ação profissional dos enfermeiros no sentido da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI.

No estudo realizado, os CI globalmente situaram-se em níveis positivos de PAE, verificando-se ser nos domínios dos AC “*Usar o sanitário*”, “*Virar-se*”, “*Transferir-se*” e “*Andar*” que mais CI se avaliaram em níveis menos positivos, estando em relação com maior dependência nestes mesmos domínios de AC (com exceção do AC “*Usar o sanitário*”). Também a PAE nos AC “*Virar-se*” e “*Transferir-se*”, assim como nos AC “*Tomar banho*” e “*Vestir-se e despir-se*” sofrem influência mútua (no mesmo sentido).

Embora os FC se tenham avaliado como competentes no domínio do AC “*Alimentar-se*”, *constata-se que* cerca de ¼ dos FC não incluem fruta e legumes na dieta da PD e que mais de metade (60,0%) não usa espessantes em situações de deglutição comprometida¹¹⁷, assim como não altera a dieta em função da condição nutricional da , PD apresentando-se como áreas de investimento dos CE, sobretudo tendo em conta a parcela de PD que apresentam sinais de desnutrição e de desidratação (28,6%/49,5%).

Nos domínios de cuidar considerados por Schumacher *et al* (2000), assim como ao nível dos seus indicadores, os FC avaliaram-se em níveis positivos de PAE no âmbito i) do “*Decidir*” por uma ação perante determinada situação; ii) “*Monitorizar*” o estado da pessoa cuidada detetando possíveis mudanças na sua condição de saúde; iii) do “*Providenciar*”

¹¹⁷ O compromisso da deglutição foi constatado em 35,2% das PD

cuidados à PD executando os procedimentos com eles relacionados; e iv) “*Negociar*” os cuidados com o sistema de saúde no sentido da satisfação das necessidades da PD. Com níveis mais baixos de PAE estão os domínios no âmbito do i) “*Ajustar*” as ações até que a melhor estratégia seja encontrada; ii) “*Aceder*” a recursos de apoio ao AC e, sobretudo, iii) “*Trabalhar em parceria com a PD*”.

Na especificidade, as atividades onde os CI (entre 30 a 70,0%) se avaliam como menos competentes inserem-se, por ordem decrescente, no âmbito i) do *incentivo e da promoção da PD (mais de metade) à participação nas atividades de AC ou à tomada de decisão sobre os cuidados*, ii) da escolha de equipamentos adaptativos para o AC, iii) da adequação dos cuidados, designadamente, a modificação do horário, forma ou local de realização de alguns cuidados (*urinar/evacuar, cuidados de higiene e medicação*) e a definição do que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação, iv) da deteção de sinais de compromisso da condição de saúde (*desidratação, sinais de desnutrição e efeitos secundários da medicação*) e iv) da realização de alguns cuidados instrumentais como “*Colocar a PD na sanita/arrastadeira/urinol*”, “*Assistir a PD a andar*” e “*Executar exercícios articulares à PD*” (73,3%). A maior parte destas atividades interseja-se com os cuidados que são dispensados com menor intensidade pelo FC assim como se insere no âmbito dos processos onde se verifica menor PAE, havendo maior dependência no AC. No entanto, embora os FC se tenham avaliado como competentes face ao AC “*Tomar a medicação*” verificámos que algumas das atividades acima mencionadas estão com ele relacionadas. Também no âmbito deste AC destacamos o dado que aponta para o facto de que cerca de ¼ dos FC procedem a alterações da medicação sem indicação médica, pelas repercussões que isto poderá trazer à condição de saúde da PD com efeitos no desempenho do papel, merecendo, no nosso entender, a atenção dos CE.

A maior PAE corresponde maior intensidade de cuidados prestados pelo FC, sendo maior o incentivo à participação da PD nas atividades de AC. Simultaneamente verifica-se existir uma percentagem bastante significativa de FC que se avalia em níveis de competência mais baixos no desempenho de atividades relacionadas com o envolvimento da PD nos cuidados (“*Trabalhar em parceria com a PD*”), em particular nas atividades de incentivo e de promoção da participação da PD e de tomada de decisão sobre os cuidados.

Em termos de intensidade global dos cuidados prestados pelo FC, não se verificou a predominância de um grau em particular, o que tanto pode ser significativo de um padrão de cuidados instrumentais e de carácter substitutivo da PD como de um padrão de carência de alguns cuidados, remetendo-nos para algumas reflexões. Em particular, a intensidade supérflua dos cuidados poderá tornar-se limitadora do

desenvolvimento/manutenção da capacidade para o AC da PD como levar à exaustão do prestador de cuidados (Andrade 2009; Pereira 2008); por outro lado, a intensidade reduzida de alguns cuidados poderá por em causa a condição de saúde da PD, a qual, como já anteriormente o identificámos, constitui-se como fator condicionador do desempenho do papel.

Os cuidados que apresentam uma intensidade mais adequada às necessidades da PD inserem-se nos AC “Tomar banho” e “Arranjar-se”, não obstante, ao nível deste último, os cuidados de hidratação da pele, de higiene oral e dos ouvidos possam estar deficitários, já que não são realizados por uma parcela significativa de CI. Ao longo da aplicação do formulário os FC verbalizaram desconhecer a sua necessidade e importância face à dependência do seu familiar. Este aspeto em particular remete para a importância do conhecimento da PD, designadamente sobre os cuidados necessários, no contexto do processo empreendido pelos CI para alcançarem um padrão harmonioso de prestação de cuidados, exigindo por parte dos CE uma atuação planeada e centralizada nas necessidades do FC e PD.

Os cuidados com menor intensidade (seja pela sua frequência média, seja pela percentagem de PD que não os efetuam) dizem respeito aos AC “Alimentar-se”¹¹⁸, “Usar o sanitário”¹¹⁹ e aos relacionados com a mobilidade¹²⁰, assim como no âmbito do processo tegumentar, músculo-esquelético e respiratório¹²¹, estes três últimos reportando atividades em que mais FC se avaliaram como menos competentes¹²² e, ainda, com a cognição¹²³. A maioria destes cuidados está estatisticamente associada ou à PAE global ou à PAE específica nos domínios respetivos de AC (Virar-se, Andar e Transferir-se) assim como à intensidade dos cuidados prestados pelo FC por domínio de AC (*Arranjar-se, Alimentar-se, Elevar-se, Virar-se, Transferir-se, Usar cadeira de rodas e Andar*).

Igualmente se verifica que a menor intensidade de cuidados, assim como um menor incentivo, está em relação com maior compromisso na condição de saúde, com predomínio da desidratação¹²⁴, da desnutrição¹²⁵, da rigidez articular, do compromisso

¹¹⁸ Reforço hídrico e número de refeições

¹¹⁹ Levar a PD ao sanitário para evacuar, posicionar no sanitário, pesquisar fecalomas, fazer a higiene dos genitais depois das micções/dejeções (O local onde habitualmente a PD urina e evacua é, em ambos os casos, a fralda (53,1% e 62,8%).

¹²⁰ Posicionamento na cama/cadeira, levantar, mobilização na cadeira de rodas, a assistência na deambulação

¹²¹ Monitorização da integridade da pele, massagem das zonas das proeminências ósseas, realização de exercícios músculo-esqueléticos, aspiração de secreções.

¹²² A realização de alguns cuidados instrumentais como “Colocar a PD na sanita/arrastadeira/urinol”, “Assistir a PD a andar” e “Executar exercícios articulares à PD” (73,3%).

¹²³ Realização de atividades estimulantes da memória.

¹²⁴ Influencia quer a intensidade quer o incentivo

¹²⁵ Estabelece relação com a intensidade

respiratório, da integridade da pele e da alteração do estado mental¹²⁶. Sobre esta associação em particular, foram frequentes as situações em que o FC alegava a alteração do estado mental para considerar não haver lugar a resposta sobre as questões específicas do formulário relacionadas com a avaliação da sua competência nas ações de incentivo à participação da PD nos cuidados.

O incentivo do PD à participação nas atividades de AC varia em relação inversa ao número de internamentos e ao número de idas ao SU, podendo ser fundamentado na relação também verificada entre o número de internamentos e a condição de saúde¹²⁷, o que é corroborado por alguns comentários dos FC na resposta às questões no âmbito do incentivo:

Margarida – *“Quando eu vejo que o meu pai está pior, por exemplo se vejo ele está com tosse, mais atrapalhado da respiração, eu digo a ele para estar quieto...”*

Pedro – *“Nos dias em que ela (esposa) diz que está pior, eu não quero que ela faça seja o que for... Nestes dias eu nem quero mexer com ela...”*

A intensidade dos cuidados varia com a utilização de recursos de apoio ao AC. Neste estudo a TGUR é de 60,9% sofrendo maior influência dos AC *“Tomar a medicação”* (86,2%), *“Alimentar-se”* (76,4%), *“Elevar-se”* (71,1%) e *“Usar o sanitário”* (61,7%), os quais, de um modo geral, estão relacionados com aspetos vitais da sobrevivência humana despertando nos CI a necessidade de procura de informação, nomeadamente ao nível dos recursos de apoio ao AC. Do mesmo modo, reflete o uso de dispositivos sobretudo auxiliares do desempenho do papel e menos orientados para a reconstrução da autonomia da PD.

Com uma TUR mais baixa estão os AC *“Transferir-se”* (55,0%), *“Andar”* (34,4%), *“Tomar banho”* (25,9%), *“Arranjar-se”* (25,0%) e *“Vestir-se e despir-se”* (20,8%), os quais se relacionam com o tratar do corpo, o que poderá traduzir a valorização social atribuída à imagem, consistente com o facto de serviços como o cabeleireiro e a manicure terem pouca expressão nos cuidados.

Os dispositivos mais usados ou mesmo sobreutilizados (*babete, fralda, resguardo, colchão anti-úlceras por pressão, máquina de pesquisa de glicemia capilar, cama articulada, termómetro e aparelho de tensão arterial*), quando necessários e não utilizados, são maioritariamente desejados pelo FC. Pelo contrário, os menos usados mas considerados necessários, não são desejados, verificando-se que muitos se enquadram no leque de dispositivos facilitadores da reconstrução da autonomia da PD (*cadeira higiénica, cadeira sanitária, mesa de comer, urinol, transfer leito-cadeira, andarilho*, entre outros).

¹²⁶ Influencia o incentivo

¹²⁷ A mais internamentos corresponde maior compromisso na condição de saúde (Rho de Spearman = - 0,209 e p= 0,004).

A maior parte dos recursos considerados necessários pelos investigadores não são desejados pelos participantes e, quando o são, a razão para a não utilização está na dependência de razões económicas e do desconhecimento sobre o recurso o que é consistente com o facto da pensão/ reforma ser o principal recurso para uma grande faixa dos dependentes e com a relação estatisticamente significativa constatada entre a TGUR e o rendimento familiar.

Ainda durante o trabalho de campo foram vários os dependentes/cuidadores que referiram desconhecer muitos dos dispositivos/recursos sociais apresentados, sendo de valorizar a ação dos enfermeiros na divulgação destes recursos. Não obstante, é necessário que tenham conhecimento do leque disponível de modo a fazerem uma avaliação e orientação fundamentada dos FC/PD. Na realidade, durante a fase de preparação para a aplicação do formulário ou aquando da apresentação dos resultados nas reuniões reflexivas realizadas ao longo do processo de investigação, os enfermeiros da UCD verbalizaram desconhecer muitos dos recursos elencados no formulário, considerando ser uma área de melhoria nos CE.

Tendo em conta os resultados obtidos, concluímos que o desempenho do papel de CI se caracteriza por um padrão de cuidados do tipo substitutivo da PD, o que contraria o seu potencial de reconstrução de autonomia com repercussões no nível da dependência no AC e na condição de saúde. A este tipo de cuidados, próximo do que Pavarini & Neri (2000) no seu estudo denominaram de padrão de interação FC/PD de estímulo à dependência ou de manutenção da independência importa à enfermagem contrariar no sentido da criação de condições facilitadoras de uma transição saudável para o desempenho do papel de FC.

Os cuidados dispensados pelo FC tendem a inserir-se no domínio dos “Cuidados instrumentais” e/ou “protetores”, refletindo a sua necessidade de “fazer pela PD” e/ou de o proteger da consciencialização sobre a perda das suas capacidades. Sendo no seu cerne uma estratégia paternalista, não será do melhor interesse para a pessoa cuidada Nolan *et al* (1995).

Os cuidados baseados na necessidade de preservar a autonomia da PD, a sua integridade pessoal e o seu envolvimento e compromisso nos e com os cuidados não são a característica dominante no desempenho do papel dos FC que participaram neste estudo.

O estudo desenvolvido evidencia que o desempenho do papel está condicionado, negativa ou positivamente, pela condição de saúde e pelo nível de dependência da PD, assim como pela PAE do FC, com repercussões nos cuidados que são prestados pelo FC, quer ao nível da intensidade, quer do incentivo.

Uma vez que a dependência global está em maior relação com a dependência nos AC relacionados com a mobilidade, os quais são também determinantes quer em termos de condição de saúde, quer em termos de PAE, consideramos que se afiguram como focos com impacto na reconstrução/manutenção da autonomia das PD e na PAE do FC, pelo que devem ser valorizados pelos cuidados de enfermagem, nomeadamente pelo recurso a instrumentos de atividade diagnóstica que permitam caracterizar de forma diferenciada o potencial existente e adequar as IE de modo a facilitar a transição para o desempenho do papel de FC.

O contributo de algumas variáveis sociodemográficas (tipo de família, rendimento, idade, escolaridade, estado civil, profissão, relação de parentesco e coabitação) e de variáveis relacionadas com a história clínica da PD (tempo de dependência, internamentos e recurso ao SU) devem ser equacionadas no âmbito da ação profissional dos enfermeiros já que demonstraram influenciar a dependência no AC, a condição de saúde e a PAE e, por consequência, os cuidados que são dispensados pelo FC à PD.

Os resultados até então descritos que relação guardam com os CE em uso na UCD? Ensaíamos a resposta a esta questão nos capítulos subsequentes.

6. 3 - A documentação dos CE

O estudo de carácter exploratório e descritivo que passamos a descrever teve como objeto de análise a documentação dos CE efetuada pelos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados aos clientes da UCD do CSPD. A análise à documentação dos CE teve como finalidade a compreensão das práticas de enfermagem em uso no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de papel de FC de PD, sendo orientada pelos seguintes objetivos:

- i) identificar os focos de atenção em uso nos CE no processo de prestação de cuidados no âmbito da transição para o desempenho de papel de FC de PD;
- ii) identificar as IE que, na perspetiva dos enfermeiros, são significativas na resposta às necessidades do FC de PD;
- iii) inferir sobre o(s) modelo(s) de cuidados que emergem da documentação de enfermagem.

Sendo os objetivos direcionados para a compreensão das práticas dos cuidados no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de papel de FC, pareceu-nos pertinente analisar toda a documentação produzida, resultante dos cuidados focalizados no FC, assim como na PD. Esta opção permitiu não só evidenciar a descrição das práticas a estes clientes mas também a sua valorização no contexto global dos dados documentados.

Em consonância com o modelo de análise definido e considerando os instrumentos em uso na UCD para a documentação dos CE, os resultados apresentados neste subcapítulo estarão estruturados em três partes, as quais correspondem a cada um dos objetivos definidos para este estudo em particular, procedendo à distinção, para os focos e para as IE, dos dados produzidos em sequência dos cuidados ao FC e dos cuidados à PD. Não sem antes referirmos as fontes que estiveram na origem da constituição do *corpus* e apresentarmos o modelo de análise.

O modelo de análise

Embora tivéssemos analisado em pormenor os dados de cada processo, não foi nossa pretensão explorar os dados de cada cliente isoladamente mas sim realizar uma análise global da informação documentada pelos enfermeiros.

Assumimos como referencial de análise o modelo de transições de Meleis *et al.* (2000) com os contributos de Shumacher *et al* (2000), e a Teoria do AC de Dorothea Orem (1995) mais especificamente no que concerne aos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC.

O *corpus* constituiu-se pelos dados produzidos pelos enfermeiros em todos os impressos para a documentação dos CE (dos quais faremos, seguidamente, uma descrição sumária) constantes dos processos clínicos de setenta clientes como já referido na parte II deste relatório – subcapítulo “*Recolha de dados*”. A análise ao corpus foi efetuada com recurso ao programa informático de análise qualitativa de dados, *MaxQda*.

Assim, em toda a documentação produzida pelos enfermeiros, adotou-se como critérios identificar os DE sobre os quais recaem os CE, independentemente de estarem centrados no FC ou na PD e as IE planeadas e/ou implementadas.

Numa primeira fase da análise, recorrendo a estratégias utilizadas em estudos centrados na análise de sistemas de informação de enfermagem (Silva, 2001; Sousa, 2006), classificámos separadamente os dados recolhidos nos diferentes impressos em grandes categorias definidas *à priori*:

- i) focos de atenção, entendidos como áreas relevantes para os CE independentemente de a eles estar, ou não, associada a atividade diagnóstica;
- ii) IE que incluem as ações iniciadas pelo enfermeiro em resposta a um DE ou as ações implementadas pelos enfermeiros na sequência da prescrição do médico, como por exemplo, a administração de medicamentos, a preparação e/ou realização de exames complementares de diagnóstico.

Para efeitos da categorização dos DE e IE planeadas/implementadas, optou-se pela transposição dos enunciados documentados pelos enfermeiros para a linguagem CIPE[®],

versão 1.0¹²⁸. Em virtude da documentação dos CE não estar associada à utilização de uma linguagem classificada, a análise das expressões foi, maioritariamente, orientada por critério semântico (validada em grupo de discussão de enfermeiros da UCD), tendo sido possível a categorização direta com os termos da CIPE®, versão 1.0, de um número reduzido de expressões. Utilizámos como critérios de categorização os já utilizados em estudos anteriores (Silva, 2001, Sousa, 2006, Figueiredo, 2010):

- i) classificação imediata - termos exatamente iguais aos utilizados na CIPE®, Versão 1.0;
- ii) classificação consensual entre a equipa de análise de conteúdo (termos muito semelhantes no significado atribuído);
- iii) outros termos não enquadráveis na CIPE®, Versão 1.0.

Da análise à documentação dos CE procurámos inferir sobre as principais áreas de atenção dos enfermeiros à luz do modelo de transições de Meleis *et al.* (2000) com os contributos de Shumacher *et. al* (2000) e da Teoria do AC de Dorothea Orem (1995).

No sentido de esquematicamente apresentar o processo que esteve na base da análise à documentação dos CE apresentamos o diagrama 6:

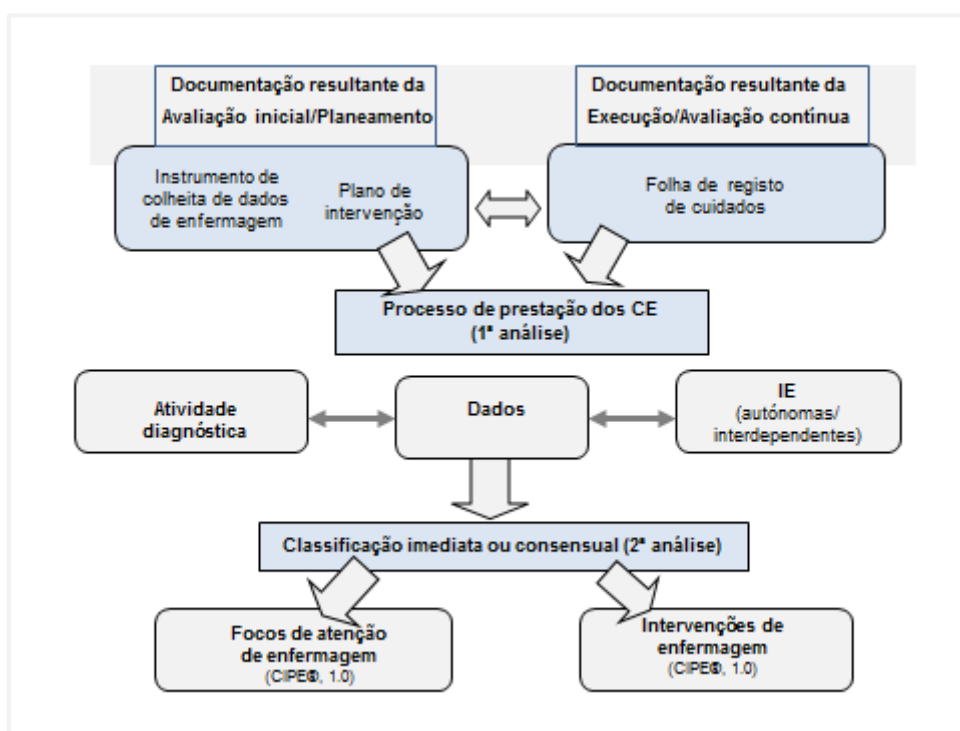


Diagrama 6 - Modelo de análise à documentação dos CE

Assim, os dados que reportam atividade diagnóstica referem-se aos decorrentes dos CE de apreciação inicial e contínua do cliente mas que não constituem IE. No processo de análise teve-se em conta dados que se referem a focos de atenção de enfermagem

¹²⁸ Dada a publicação em 2011 da versão 2 da CIPE®, houve necessidade de alguns ajustes na fase de investigação relativa à implementação da ação.

(classificação imediata ou consensual) mas que não constituem DE (por exemplo: *“apresenta diarreia”* – eliminação; *“cuidador sem conhecimento sobre ingestão de alimentos”* - conhecimento).

A documentação que reporta atividades de enfermagem resultantes da prescrição de outros profissionais (predominantemente do médico) foi classificada no âmbito das IE interdependentes tal como noutros estudos sobre documentação de enfermagem realizados anteriormente (Silva 2001, Sousa, 2006), designadamente dados relativos à administração de terapêutica (*Medicação*), IE decorrentes de procedimentos terapêuticos iniciados pela prescrição médica, como por exemplo *“entubação nasogástrica”, “algaliação”, “oxigenoterapia”* e dados relativos à *preparação/realização para/de exames complementares de diagnóstico*.

Associado a todo o processo de análise, importou, ainda, identificar a metodologia utilizada pelos enfermeiros no processo de prestação de cuidados, assim como identificar os impressos ou itens dos impressos em uso, raramente ou nunca preenchidos, por permitir evidenciar a sua valorização no contexto global dos cuidados. Deste modo, assumimos no processo de categorização, apenas os itens preenchidos, no pressuposto de que, por este motivo, são relevantes para os enfermeiros. Pelo mesmo motivo recorreu-se à análise de frequências.

6.3.1 - Os impressos para a documentação dos CE

A UCD possui um conjunto de impressos (Anexo XI), normalizados pelo CSPD concebidos pela equipa de enfermagem à altura da constituição da unidade e que constituem, a par dos impressos relativos à atividade médica e da assistente social, o processo clínico dos clientes.

Foi sobre os impressos nos quais os enfermeiros procedem à documentação dos CE que incidiu a recolha de dados, os quais passamos a descrever, sumariamente.

“Instrumento de colheita de dados de enfermagem”

Este impresso destina-se à avaliação inicial dos clientes, sendo preenchido pelo enfermeiro adstrito à zona de trabalho de afetação do cliente na primeira VD, após notificação à UCD, não havendo dados disponíveis que permitam documentar o tempo que medeia entre um e outro acontecimento¹²⁹. A recolha de dados é obtida, na maioria dos casos, por entrevista, no domicílio, ao FC ou por observação da PD.

Constitui-se por cinco campos de informação cuja sistematização e organização dos dados não reflete, claramente, um modelo ou teoria de enfermagem em particular, variando quanto à informação, desde dados demográficos a dados para inferir

¹²⁹ UCD (2009). Relatório de atividades de 2009

diagnósticos de enfermagem (DE) e para prescrever as intervenções. A propriedade dos dados a documentar é diversificada (números, datas, texto livre, cruz). O texto livre permite algumas especificações, de redação curta (Tabela 2).

Tabela 2- Estrutura do impresso para a avaliação inicial

Campos	Itens
Identificação	Dados demográficos Dados de beneficiário do SNS Entidade que referenciou Médico de família Cuidador principal (nome, parentesco e contacto) Enfermeiro responsável ¹³⁰ Motivo de intervenção
Antecedentes pessoais/familiares	Perfil de condições crónicas, história de feridas e de internamentos anteriores da PD.
Terapêutica prescrita	Fármacos prescritos, frequência de administração e necessidade de ensino
Caracterização socioeconómica	Tipo de habitação, condições higiénico-sanitárias e socioeconómicas, existência de apoio social e coabitantes.
Observação física	Olhos, ouvido, nariz e boca (acuidade visual, auditiva e olfativa; estado da dentição, capacidade de comunicar e de deglutir; uso de próteses/ortóteses) Respiração (frequência; dispneia, ortopneia) Mobilidade (Capacidade para se movimentar e equipamentos auxiliares utilizados) Alterações neuromotoras (paresia; paralisia; contracturas; espasmos musculares; tremores; outros) Nutrição (nº de refeições; alimentos e bebidas mais utilizados; tipo de dieta; apetite; alterações gástricas; SNG) Eliminação (Controlo vesical e intestinal; uso de fralda/catéter urinário) Sono e repouso (alteração; insónia; pesadelos) Estado de consciência Estado emocional (incluindo questão aberta sobre “percepção do utente/família sobre a sua situação”) Pele (coloração, mucosas, turgor, integridade)
Outros dados	Grau de dependência Diagnóstico médico Alergias conhecidas

O item “*Enfermeiro responsável*” refere-se à identificação do enfermeiro que fez a admissão, assumindo o papel de enfermeiro de referência para os clientes, não estando preenchido em 26,4% dos casos.

O impresso para a avaliação inicial - incluído em todos os processos analisados - apresentava lacunas de preenchimento, verificando-se que os itens “*antecedentes familiares*”, “*necessidade de ensino*”, “*alimentos e bebidas mais utilizadas*”, “*tipo de dieta*”, “*diagnóstico médico*” e “*estado emocional*”, nomeadamente a exploração de emoções negativas da PD e da “*percepção do utente/família sobre a sua situação*” não estavam preenchidos em nenhum dos processos analisados. O campo “*Caracterização*

¹³⁰ Refere-se à identificação do enfermeiro que fez a admissão, assumindo o papel de enfermeiro de referência para os clientes.

socioeconómica” raramente se encontrava preenchido; o item habitualmente utilizado referia-se à identificação do “*apoio social*” de que o cliente era beneficiário.

Tabelas e Escalas

Inclui um conjunto de impressos que se destinam à avaliação inicial e/ou contínua da PD, designadamente: “*Registo de valores de sinais vitais*”, “*Guia de tratamento*”, “*Consentimento informado para vacinação*”, “*Folha de registo de avaliação de úlceras*”, “*Escala de Barthel modificada*”, “*Escala de Braden*”, “*Escala de Edmonton Symptom System*” e a “*Folha de registo de ações de educação para a saúde*”.

O impresso para o “*Registo de valores de sinais vitais*” oferece a possibilidade do registo da tensão arterial e da glicemia capilar, em jejum e/ou pós-prandial, que é regularmente utilizado nos casos em que o “*Motivo de intervenção*” se refere ao controlo daqueles valores. Possui um espaço para observações, em texto livre, não tendo sido utilizado em qualquer dos processos analisados.

O “*Guia de tratamento*” e o “*Consentimento informado para vacinação*” são utilizados, respetivamente, para a monitorização da medicação administrada pelo enfermeiro da UCD, nos casos em que a PD foi admitido à unidade para administração de injetáveis, e/ou das vacinas sazonais. Tal como o impresso anterior, possui um espaço para observações, em texto livre, não tendo sido utilizado em qualquer dos processos analisados.

A “*Folha de registo de avaliação de úlceras*” é utilizada nos casos em que a pessoa dependente as apresenta, quer no momento da admissão quer ao longo da sua permanência na UCD. Tal nem sempre se verificou, já que em 40,0% dos casos já apresentava úlceras de pressão no momento da admissão, as quais não foram documentadas neste impresso. No entanto, é este que apresenta, em todos os casos, dois ou mais registos de avaliação.

Das escalas que constituem o processo clínico, a que apresenta maior regularidade no seu preenchimento é a “*Escala de Barthel modificada*”, verificando-se, sempre, o seu preenchimento aquando da admissão do cliente à UCD (o seu valor é critério de elegibilidade para admissão). Já a “*Escala de Braden*” apresentou um padrão aleatório de registo, verificando-se o seu preenchimento um mês após a data de admissão em 30,0% dos casos. A “*Edmonton Symptom Assessment System*” não se apresentou preenchida em qualquer um dos processos analisados. Das escalas utilizadas e em todos os processos analisados, não se verificam outros registos que não os relativos ao momento da admissão.

Por último, a “*Folha de registo de ações de educação para a saúde*”, organizada em torno de nove temáticas e respetivos subtemas, destina-se ao registo, por cruz, dos realizados ao longo do processo de prestação de cuidados.

Plano de intervenção

Impresso em plano horizontal, organizado em três campos - *problema, atividade e avaliação* – de modo a que em texto livre e sem obrigatoriedade de linguagem classificada se enunciem DE, IE e RE, o enunciado dos DE obedece ao formato identificado por Gordon (1994): problema, etiologia, sintomatologia (PES). Contempla espaço para o registo da data em que o problema foi identificado e para a rubrica do enfermeiro. Prevê, ainda, lugar para o registo em diferentes datas do *score* obtido com a aplicação da Escala de Barthel, não se verificando o seu preenchimento em qualquer dos casos analisados. O mesmo foi constatado em relação ao campo “*avaliação*” que não continha qualquer registo. A utilização deste impresso foi verificada em seis dos processos clínicos analisados, o que vai ao encontro do afirmado por Leal (2006) de que, apesar do grande investimento nesta área na formação inicial, poucos são os enfermeiros que utilizam planos de cuidados no seu dia-a-dia.

Folha de registo de cuidados

Este impresso (o mais utilizado) refere-se à produção de notas de evolução do cliente, em texto livre, em resultado dos cuidados prestados aquando da realização da VD ou, muito raramente, na sequência de um contacto telefónico. O impresso contempla espaço para o registo da data em que as notas de evolução foram produzidas, a qual é coincidente com a realização da VD.

Não obstante o processo de prestação de CE seja um contínuo, os impressos utilizados na UCD refletem distintamente os dados documentados pelos enfermeiros em dois momentos do processo de prestação de cuidados: *apreciação e execução*.

6.3.2 - Os focos de atenção nos CE

Foram incluídos nesta categoria os dados decorrentes de atividades diagnósticas que, através do processo de classificação (imediata ou consensual), reportavam focos de atenção da CIPE®, versão 1.0. Estes dados corresponderam essencialmente a características ou evidências que reportavam focos de atenção de enfermagem, tais como, “úlceras de pressão” – foco: “*Ferida*”, “...*expelir secreções*” – foco: “*limpeza das vias aéreas*”. Foram também incluídos nesta subcategoria os dados resultantes da monitorização de determinados parâmetros, como, por exemplo, a frequência cardíaca ou valores de tensão arterial.

As *atividades diagnósticas* no âmbito das quais foram produzidos os dados que reportam focos serviram para sustentar a decisão clínica do enfermeiro no processo de identificação das situações que exigiam CE.

Assim, para efeitos de identificação das áreas de atenção de enfermagem, como já referimos anteriormente, consideramos os dados constantes em todos os impressos em uso para a documentação dos CE, independentemente de estarem ou não associados a qualquer atividade diagnóstica. A apresentação dos focos de atenção identificados estrutura-se em função daqueles que resultaram da análise ao impresso de avaliação inicial, com exceção do item que diz respeito ao *“Motivo de Intervenção”* (por ser de preenchimento em texto livre) e dos que derivaram da análise aos restantes impressos anteriormente identificados, uma vez que nos primeiros considerámos não ser adequada a análise de frequências. Foram também incluídos os dados resultantes da monitorização de determinados parâmetros, como por exemplo, a frequência cardíaca ou valores de tensão arterial. Far-se-á, igualmente, a distinção daqueles que estão, respetivamente, em relação com a PD e o FC.

Da análise aos enunciados constantes no impresso *“Instrumento de colheita de dados de enfermagem”* e respetiva transposição para os termos da linguagem CIPE®, versão 1.0, identificaram-se os focos de atenção expostos na Tabela 3.

Tabela 3 - Focos de atenção documentados no impresso "*Instrumento de Colheita de dados de enfermagem*"

Categoria	Subcategoria
Defecação	Incontinência intestinal Diarreia
Obstipação	
Vômito	
Pele seca	
Eritema	
Ferida	Úlcera de pressão
Membrana mucosa seca	
Espasticidade	
Tremor	
Rigidez articular	
Paralisia	Parésia Náusea Visão Olfato Audição Paladar
Percepção	Hiperatividade/Agitação
Atividade psicomotora	Edemas
Retenção de líquidos	
Desidratação	
Dispneia	
Frequência respiratória	
Eliminação urinária	Incontinência urinária
Sono	
Cognição	Afasia Confusão
Capacidade para deglutir	
Mobilidade na cama	
Capacidade de andar	
Apetite	
Consciência	Sonolência
Orientação	
Dentição	
Apoio social	
Total = 31	

Tendo em conta o exposto na Tabela 3, verificamos que são os processos corporais relativos à PD os que recebem maior atenção na avaliação inicial da PD, representando mais de metade das categorias identificadas (53,3%). Quando se analisa em termos do juízo diagnóstico associado a cada um destes focos, constata-se que é sempre no sentido da identificação do compromisso destes mesmos focos.

Dos focos identificados, apenas um (apoio social) se dirige tanto à PD como ao FC, permitindo concluir que a avaliação inicial está centrada na PD enquanto cliente. Paralelamente, os enunciados do "*Instrumento de colheita de dados de enfermagem*" dirigidos ao FC/família ("*caracterização socioeconómica*", "*necessidade de ensino*" e "*percepção do utente/família sobre a sua situação*") não se encontravam preenchidos.

O não preenchimento desses campos e de outros já anteriormente identificados, na perspetiva dos enfermeiros, acontece por considerarem ser dispensável a sua documentação já que não vão ser utilizados durante a prestação de cuidados. Em nosso entender reforça a ideia de que é a PD o cliente prioritário dos cuidados ou que a

dimensão psicossocial dos clientes não é muito valorizada nos CE o que é, de algum modo, corroborado pela nota de campo que a seguir transcrevemos:

Enfermeiro (E) - *“De que serve perguntar coisas ao cuidador se depois fazemos sempre a mesma coisa?”*

(NC, outubro de 2009)

Associado aos processos corporais, na avaliação inicial, faz parte a identificação do uso de equipamentos no âmbito de compromissos dos processos corporais, nomeadamente dispositivos de transporte e drenagem e de recolha e absorção para os processos do sistema gastrointestinal e urinário (como a fralda, o dispositivo urinário e a sonda gastrointestinal) e, ainda, dispositivos de mobilização/imobilização e de suporte (como a bengala, a cadeira de rodas, o andarilho, a tala, o aparelho gessado e a cama articulada).

O apetite, a dentição, a capacidade para deglutir, a percepção de paladar e de náusea são explorados no sentido da identificação de fatores de influência do comportamento alimentar da PD. No entanto, os itens do *“Instrumento de colheita de dados de enfermagem”* que reportam dados de avaliação do padrão alimentar e de ingestão de líquidos não se encontravam documentados em nenhum dos processos analisados.

A exploração de dados relativos à cognição, à percepção (audição), à agitação e à consciência tem como principal intenção a identificação de fatores que interferem com o comportamento da PD no que toca à sua capacidade de interação com os outros.

A exploração de processos como o *“Tremor”*, *“Rigidez articular”*, *“Espasticidade”* e *“Paralisia”* está associada à identificação de fatores de influência na capacidade de andar da PD.

Por outro lado, se cruzarmos os dados que são obtidos através da avaliação inicial com as escalas utilizadas - *Barthel* e de *Braden* -, consta-se a sobreposição de informação em seis dos dez itens da primeira escala e em três dos seis da segunda escala.

Assim, tendo em conta os dados analisados verifica-se que a avaliação inicial está, intencionalmente, organizada no sentido da identificação: i) de problemas (centrado no juízo do enfermeiro), sobretudo ao nível dos processos corporais da PD como, por exemplo, incontinência intestinal e urinária, obstipação, diarreia, eritema, ferida, insónia, dispneia, edemas, ansiedade, tristeza, depressão, entre outros); ii) de fatores causais ou de risco desses mesmos problemas.

Igualmente, na avaliação inicial não está, claramente, expressa a intenção do enfermeiro em colher dados que permitam explorar o potencial para o AC da PD, designadamente, porque os dados de avaliação das atividades de AC em que a PD é capaz de realizar de forma independente, com ajuda de pessoa ou de equipamento ou aquelas em que é totalmente dependente de pessoa, são escassos ou, até mesmo, nulos.

Embora a avaliação da dependência seja feita através da escala de *Barthel*, a sua utilização no processo de CE, para além de relacionada com a decisão sobre a admissão da pessoa à UCD, tem em conta o significado associado ao score global e, muito raramente, o significado que cada item de avaliação da escala comporta.

Não obstante o facto de ser junto do FC que o enfermeiro recolhe a maior parte das informações, ele não é alvo de uma avaliação organizada e sistematizada das suas necessidades e potencialidades para o desempenho de papel. Apenas num dos processos analisados se verifica, na “*Folha de registo de cuidados*”, nas notas de admissão, intencionalidade na avaliação inicial do FC:

C₁₂ - “Coabitante, casada, fibromialgia; segundo relato apresenta sinais de desgaste e depressão (...) sinais de baixa autoestima e autoimagem (...) questiona se os cuidados que presta à mãe são de qualidade e suficientes. (...) deprimida com alteração do padrão de sono e desgaste emocional. (...) refere dificuldades em realizar cuidados de higiene e mobilizar a mãe. Raramente se ausenta do domicílio por razões que não são relacionados com o cuidado à mãe (...) deixou de realizar hidroginástica há 2 anos atividade que gostava muito (...) apoio familiar é escasso; filha da cuidadora informal tem uma vida muito preenchida; ansiosa face à cirurgia que tem a fazer o que lhe vai impedir de cuidar da mãe.”

A mesma tendência é verificada na análise aos dados resultantes do item “*Motivo de Intervenção*”, incluído no campo “*Identificação*” do “*Instrumento de colheita de dados de enfermagem*”, o qual tem como finalidade o registo da razão pela qual o cliente necessita de CE. Em cinquenta e nove dos processos analisados (84,3%) verificou-se o preenchimento deste item, resultando em 78 enunciados.

Tendo em conta os critérios assumidos para a identificação dos focos de atenção de enfermagem, considerou-se para análise 32 dos 78 enunciados, já que os restantes (46) se reportavam a IE. Assim, pela análise semântica e de enumeração àqueles enunciados, identificaram-se como focos de atenção de enfermagem a “*Ferida*” e o “*Burn Out do MFPC*”, verificando-se superioridade absoluta e relativa do primeiro sobre o segundo (31 para 1); a “*úlceras de pressão*” surge como o domínio com maior expressividade (81,4%), como se pode constatar na Tabela 4. É interessante verificar a expressão de um “*motivo de intervenção*” centrado no FC, uma vez que o impresso utilizado para a avaliação inicial está, predominantemente pensado para a PD.

Tabela 4 - Frequência e tipo de focos de atenção identificados no "*Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem*" - item "*Motivo de Intervenção*"

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Nº	%
Ferida	Úlcera de pressão	"Úlcera de pressão grau III nos calcâneos..." "Alterações ao nível da integridade cutânea: úlcera de pressão grau III" "... lesão por fricção nos calcâneos".	26	81,4%
	Queimadura	"Queimadura de 2º e 3º grau na coxa esquerda"	2	6,3%
	Escoriação	"Lesão contusa supraciliar dta."	1	3,1%
	Contusão	"...escoriações no ombro dto e MI"	1	3,1%
Burn Out do MFPC		"Desgaste do cuidador informal"	1	3,1%
Total			32	100%

Seguindo a mesma tendência já constatada na análise efetuada aos restantes itens do "*Instrumento de colheita de dados de enfermagem*", e pelo agrupamento dos diferentes domínios expostos na Tabela 4, o "*Motivo de intervenção*" reporta focos centrados nos processos corporais, em particular, no processo do sistema tegumentar. Tal como verificado em relação aos focos decorrentes da análise aos enunciados constantes no impresso "*Instrumento de colheita de dados de enfermagem*" o juízo associado reflete a nomeação de situações de compromisso.

Assumindo como objeto de análise os dados documentados nos impressos em uso na UCD, em particular os registados no campo "*problema*" do impresso "*Plano de intervenção*" e, sobretudo, os da "*Folha de registo de cuidados*" (que reporta notas de evolução e, por conseguinte, apresenta maior volume de dados), identificaram-se 980 focos dos quais 768 (78,4%) centrados na PD. A "*úlceras de pressão*", com 20,6%, apresenta maior peso na totalidade dos focos, seguindo-se a "*consciência*", a "*orientação*", o "*valor da tensão arterial*", o "*valor da glicemia capilar*" (para a PD) e a "*adesão*" ao regime de tratamento da PD (para a FC) com valores entre 7,6% e 9,5%. A "*mobilidade*", a "*eliminação intestinal*", a "*eliminação urinária*", a "*adesão*" (para a PD) e o "*conhecimento*" e a "*capacidade de desempenho*" (para o FC), são focos identificados com um peso relativo entre 3,3% e 5,6%. Os restantes focos apresentam valores relativos inferiores a 1,9%, dos quais se salienta o "*Autocuidado*" (Tabela 5).

Tabela 5 - Tipo e frequência dos focos de atenção documentados

	Categoria	Nº	%
MFPC	Conhecimento	65	6,6%
	Capacidade de desempenho	32	3,3%
	Solidão	2	0,2%
	Medo	5	0,5%
	Tristeza	19	1,9%
	Impotência	3	0,3%
	Ansiedade	6	0,6%
	Cansaço	5	0,5%
	Autoestima	1	0,1%
	Adesão	74	7,6%
	Total parcial	212	21,6%
PD	Autocuidado	4	0,4%
	Dor	5	0,5%
	Capacidade para deglutir	13	1,3%
	Sono	8	0,8%
	Mobilidade	32	3,3%
	Eliminação urinária	37	3,8%
	Eliminação intestinal	44	4,5%
	Consciência	86	8,8%
	Orientação	76	7,8%
	Comunicação	10	1,0%
	Integridade da pele	6	0,6%
	Úlcera de pressão	202	20,6%
	Eritema	5	0,5%
	Pele seca	1	0,1%
	Tosse	10	1,0%
	Expetorar	8	0,8%
	Dispneia	15	1,5%
	Valor da TA	81	8,3%
	Valor da glicemia capilar	93	9,5%
	Adesão (à ingestão de líquidos e alimentos)	32	3,3%
Subtotal		768	53,1%
Total		980	100%

Analisando os resultados em relação à PD, verifica-se o mesmo já identificado anteriormente nos 768 focos identificados: é a “*úlcera de pressão*” o foco que apresenta maior relevância com 26,3%, seguindo-se a “*Consciência*”, a “*Orientação*”, o “*Valor da TA*” e o “*Valor da glicemia capilar*” com valores relativos entre 9,9 e 12,1%; os focos “*Mobilidade*”, “*Eliminação intestinal*”, “*Eliminação urinária*” e “*Adesão*” apresentam valores entre 4,2 e 5,8%. Novamente o “*Autocuidado*” tem um peso de 0,5% no total dos focos identificados para a PD.

Em relação ao FC, verifica-se, tal como na análise global dos focos que, dos 212 identificados, os mais representativos são a “*Adesão*” (34,9%) e o “*Conhecimento*” (30,7%). Seguem-se a “*Capacidade de desempenho*” com 15,1% e as emoções com 18,9%, sendo a “*Tristeza*” o foco com maior frequência (19).

Quanto à decisão do enfermeiro relativamente aos focos de atenção identificados, constata-se que, quase na totalidade (99,3%), os juízos refletem a nomeação de situações de compromisso. Apenas em 7 dos 18 enunciados do item “*Problema*” do “*Plano de intervenção*” se verificou o juízo clínico no âmbito da potencialidade (risco).

De modo a contribuir para a especificação dos focos “*Adesão*”, “*Conhecimento*” e “*Capacidade de desempenho*”, o Gráfico 9 apresenta os domínios relativos a cada um deles.

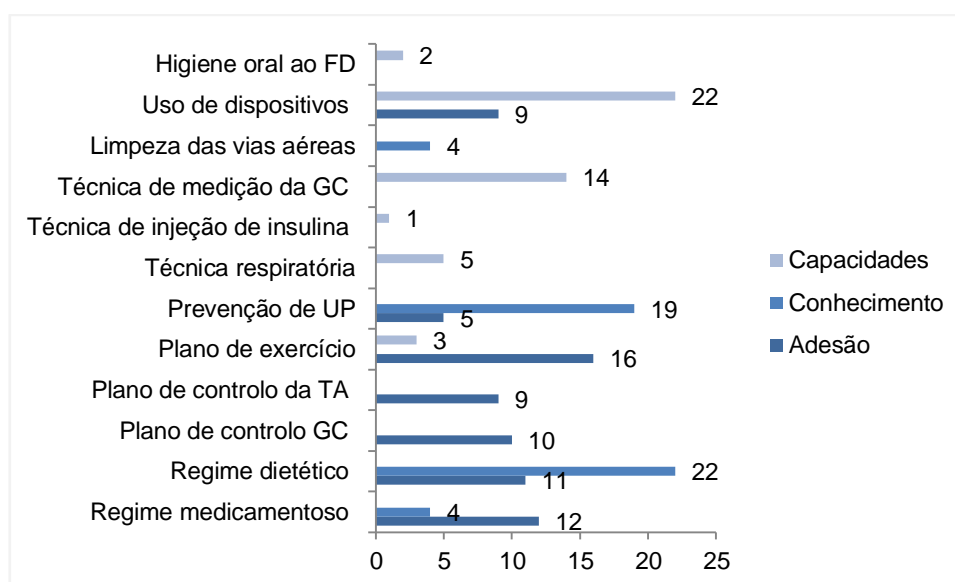


Gráfico 9 – Domínios dos focos “*Adesão*”, “*Conhecimento*” e “*Capacidade*”

O regime dietético da PD e a prevenção de úlceras de pressão são os domínios do conhecimento mais documentados; o uso de dispositivos como a fralda, cateter urinário e saco colector, e executar a técnica de medição de glicemia capilar são as capacidades do FC com maior representatividade; o plano de exercícios, como posicionamentos, transferência e exercício articular, o regime dietético e medicamentoso da PD, o plano de controlo da glicemia capilar e da TA e, novamente, o uso de dispositivos (coletor urinário e cateter urinário) são os domínios da adesão mais sujeitos a atividade diagnóstica pelos enfermeiros. O regime dietético, o regime medicamentoso e a prevenção de úlceras de pressão são alvos de atividade diagnóstica tanto ao nível do conhecimento como da adesão; o uso de dispositivos e o plano de exercícios sobrepõem-se tanto ao nível das capacidades como da adesão.

6.3.3 - As intervenções de enfermagem

Os impressos habitualmente utilizados para registar informação relativa às IE (iniciadas ou não pela prescrição do enfermeiro) constituem-se por: “*Folha de registo de cuidados*”, “*Folha de registo de ações de educação para a saúde*” (os mais utilizados) e o “*Plano de intervenção*” (utilizado em seis dos setenta casos analisados). Na análise de conteúdo à informação documentada nestes impressos pretendeu-se identificar as IE

planeadas/implementadas. Foram excluídas as expressões que correspondem a dados do estado do cliente em que estão, apenas, implícitas IE. A análise, semântica e de frequências, incidiu, principalmente, sobre o discurso produzido pelos enfermeiros em texto livre (“Folha de registo de cuidados”). Sobre a “*Folha de registo de ações de educação para a saúde*” procedeu-se à contagem de cada registo (em cruz) por cada área temática que organiza este impresso.

Relativamente às IE verificámos que, à semelhança do que acontece relativamente aos diagnósticos, os enfermeiros documentam com diferentes enunciados a mesma intervenção, o que acontece naturalmente devido ao facto de não se utilizar uma linguagem classificada.

Assim, numa primeira fase seleccionamos as expressões que se enquadravam nesta categoria (predefinida), para depois procedemos à sua transposição para os termos da CIPE®, versão 1.0. Numa primeira análise, apuramos ser maior a diversidade de ações implementadas (979) do que as planeadas (72).

Tendo em conta o cliente a quem as IE se destinam, seja ao nível do planeamento seja da execução, verifica-se ser a PD aquele que é alvo de mais ações (62,9%). Na globalidade e em particular para a PD, são as intervenções inseridas no âmbito do “*Determinar*” (35,0%) e “*Executar*” (27,9%) que apresentam maior significado. Seguem-se as ações do tipo “*Informar*” (25,9%), no caso, maioritariamente destinadas ao FC. Com valores percentuais inferiores a 10,0% estão as ações do tipo “*Gerir*” e “*Atender*” com, respetivamente, 7,2% e 4,0% (Tabela 6).

Tabela 6 - Tipo e frequência das IE documentadas

Tipo de intervenção de enfermagem		Nº	%
PD	Monitorizar	255	24,4%
	Avaliar	111	10,6%
	Total parcial	366	35,0%
	Tratar (ferida)	181	17,3%
	Injetar	72	6,9%
	Vacinar	11	1,1%
	Trocar	15	1,4%
	Posicionar	8	0,8%
	Lavar	3	0,3%
	Demonstrar	1	0,1%
	Total parcial	291	27,9%
MFPC	Educar	185	17,7%
	Instruir	26	2,5%
	Orientar	60	5,7%
	Total parcial	271	25,9%
PD e MFPC	Organizar	44	4,2%
	Distribuir	31	3,0%
	Total parcial	75	7,2%
	Apoiar	31	3,0%
	Negociar	11	1,0%
	Total parcial	42	4,0%
TOTAL		1045	100%

Em relação às ações do tipo “*Determinar*”, foram identificadas como ações de domínio menos abstrato as de monitorização (255) e de avaliação (111) da condição ou de aspetos específicos da condição de saúde da PD com predominância das primeiras (69,7%).

A implementação destas intervenções faz-se, por norma, com recurso à observação e/ou à entrevista. Assim, no processo de categorização destas ações, considerou-se, apenas, as expressões sobre as quais se podia inferir uma intenção de sistemática na avaliação, já que em alguns dos casos analisados existem excertos na documentação dos cuidados que refletem ações de monitorizar mas que surgem pontualmente (1 a 2 vezes no mesmo caso).

Os focos sobre os quais recaem as ações do tipo monitorizar referem-se à evolução da ferida (sobretudo úlceras de pressão), à mobilidade (transferência), ao processo patológico (monitorização de sintomas), à consciência/orientação, à eliminação urinária e intestinal (sinais de infeção, dispositivos, diarreia), à adesão ao regime dietético e/ou medicamentoso, ao sono e, em relação ao FC, têm como foco as emoções e o

conhecimento¹³¹. Em quatro registos, verifica-se a referência à monitorização do AC, dois dos quais com especificação do AC “*Tomar banho*”.

Nos casos em que a úlcera de pressão é alvo de monitorização, nem sempre é acompanhada pela utilização da “*Folha de registo de avaliação de úlceras*” e, quando o é, não existe correspondência entre o número de tratamentos efetuados e o número de registos realizados.

Outros dos impressos complementares a ações de monitorização como a “*Escala de Barthel*” e a “*Escala de Braden*” muito raramente são utilizados (duas vezes em três casos), tal como já tínhamos referido anteriormente.

O planeamento ou a implementação das ações de acompanhamento da evolução, quer da situação de saúde da PD quer das aprendizagens realizadas pelo FC, são implementadas com uma periodicidade que poderá não ser a mais adequada, como são exemplo os excertos que a seguir se transcrevem:

C₃₆ – (09/02/09) “...Foi esclarecida (cuidadora) acerca da necessidade de um regime alimentar saudável, nº de refeições e consequência de níveis de glicemia alterados consecutivamente. Disse compreender mas pouco receptiva a cumprir indicações. Validação dos ensinios em próxima VD” (programada para 07/05/09);

C₁₉ (30/10/09) “...Apresentava TA elevadas. Cuidadora foi orientada para medir com maior frequência. Foi orientada a contactar a equipa caso situação se mantenha.” (VD seguinte programada para 08/01/09);

C₅₂ - (10/06/09) “... Utente e prestadora de cuidados referiram como fazem procedimento da auto cateterização urinária. (...) Necessita de vigilância para verificar se utente e CI adquiriram capacidades.” (Nova referência a 17/12/09).

A documentação sobre a monitorização da consciência parece surgir como modo instituído de iniciar o discurso sobre os cuidados, já que se repete ao longo dos vários registos para diferentes casos e elaborados por diferentes enfermeiros, não havendo articulação com alterações identificadas a este nível na história passada ou atual da PD (excetuam-se dois casos¹³²).

Quanto às ações do tipo “*avaliar*”, na sua maioria (87,0%) dizem respeito a “*medir*” a tensão arterial e/ou a glicemia capilar, estando em relação direta com os casos em que o “*Motivo de intervenção*” se referia ao seu “controle”¹³³.

Em alguns casos (raros), a medição da tensão arterial/glicemia capilar, assim como da temperatura corporal, surge na sequência de alterações da condição de saúde da PD (processos patológicos agudos ou crónicos), habitualmente comunicados pelo FC através de contacto telefónico.

¹³¹ C₂; C₃; C₁₀; C₁₁; C₁₂; C₁₄; C₁₅; C₁₆; C₁₇; C₂₀; C₂₅; C₃₃; C₃₉; C₄₀; C₄₆; C₅₇; C₅₈; C₆₁; C₆₃; C₆₄; C₆₅; C₆₆.

¹³² C₁₇ e C₄₂.

¹³³ C₁; C₂; C₅; C₆; C₇; C₉; C₁₁; C₁₈; C₁₉; C₂₃; C₃₁; C₃₄; C₃₈; C₃₉; C₄₁; C₄₂; C₄₄; C₄₇; C₅₄; C₅₅; C₅₆; C₅₈; C₆₁; C₆₅; C₆₈; C₇₀.

As ações do tipo “*Executar*” são, maioritariamente, relativas ao tratamento de feridas (68,2%), na sua maioria úlceras de pressão (mais de 80,0%), e a injetáveis e vacinas (28,5%). As ações do tipo:

- i) “*trocar*” referem-se aos casos de substituição de SNG por expiração do tempo de permanência recomendado, por obstrução ou por extubação acidental (não raros);
- ii) “*posicionar*” em alguns dos casos acontecem pela necessidade do enfermeiro colocar a pessoa dependente na melhor posição para a realização de outra tarefa técnica, como o tratamento de feridas;
- iii) “*lavar*”, implementadas para otimização do cateter urinário em situações de perdas de urina ou de concentração excessiva de resíduos.

No âmbito das ações do tipo “*Informar*”, que têm como alvo preferencial o FC, as do tipo “*Ensinar*” (domínio menos abstrato) são as mais representativas (77,9%), sendo a transmissão de conhecimentos (*Educar*) a mais frequente (68,3%) enquanto que as ações relativas ao “*fornecimento de informação sistematizada sobre como fazer algo ou alguma coisa*” (CIPE®, versão 1.0, 2006, p.137) são das IE com menor representatividade (8,9%).

As ações do tipo “*Ensinar*” incidem, sobretudo, sobre (Gráfico 10):

- i) o regime dietético da PD (59) nas situações em que as condições crónicas ou de doença aguda assim o determinam;
- ii) a ingestão nutricional (38), especialmente a importância da ingestão de líquidos no sentido da prevenção de situações de desidratação;
- iii) os tipos de dispositivos de apoio ao AC (23), em particular, o colchão de pressão alternada, a fralda, o saco coletor, o cateter urinário, a cadeira de rodas, o andarilho e a sonda gastrointestinal, assim como estratégias de otimização do dispositivo;
- iv) as condições de doença da PD (23), designadamente afisiopatologia, sintomatologia e tratamento da doença, comportamentos a adotar no sentido de minimizar os efeitos da doença, gestão de sintomas em caso de agudização e importância/técnicas de medição da temperatura corporal/tensão arterial/glicemia capilar;
- v) medidas de prevenção da obstipação, tais como ingestão de líquidos e tipo de alimentos;
- vi) a importância e tipo de medidas de prevenção das úlceras de pressão, assim como a importância e tipo de posicionamentos;
- vii) o regime medicamentoso da PD (14), nomeadamente importância da adesão ao regime e respetivos efeitos da não adesão, efeitos colaterais da medicação, horário da toma e, em um dos casos, a técnica de injeção de insulina;
- viii) medidas, farmacológicas e não farmacológicas, de controlo da dor (13), estratégias de estimulação da capacidade de deglutição (12).

Os restantes focos sobre os quais incidem as IE do tipo “Ensinar” têm uma representatividade $\leq 2,5\%$.

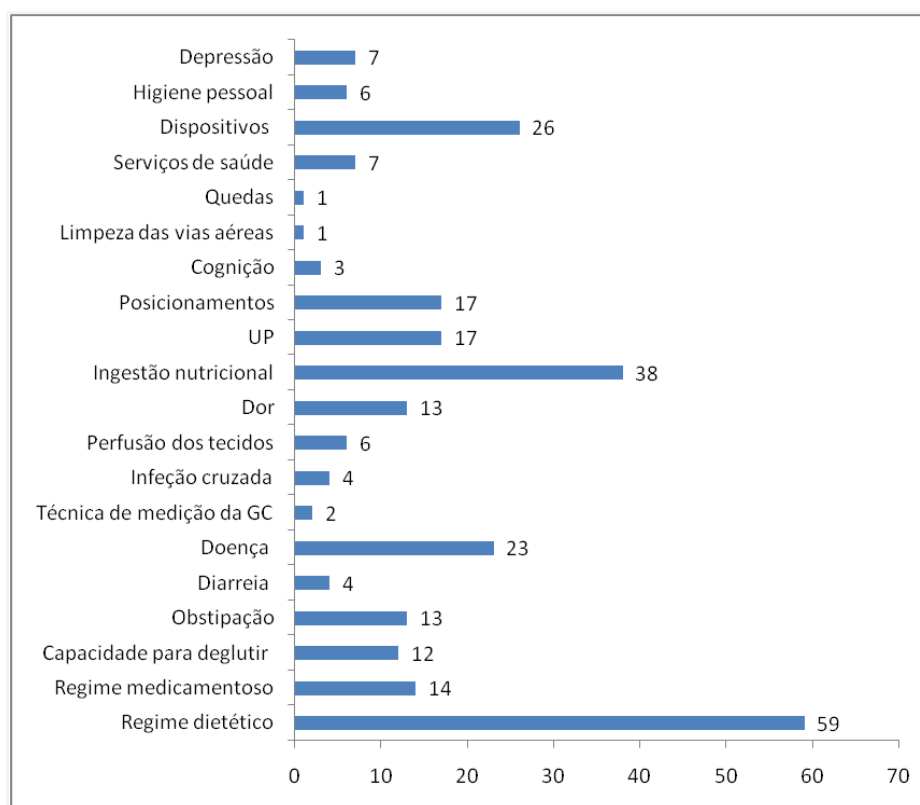


Gráfico 10 - Focos das IE do tipo "Ensinar"

As IE do tipo “Ensinar”, globalmente não estão associadas a uma sistemática de avaliação e planeamento, quer no que diz respeito ao(s) foco(s) de atenção, quer ao melhor momento para serem implementadas, quer à duração no tempo, tal como sugerem os excertos seguintes:

C₂₁ “... ensino sobre importância de aumentar o reforço hídrico...” (PD com disfagia e está sem SNG em adaptação à alimentação oral com recurso a espessante)

C₂₄ “... encontrava-se a dormir, muito sonolento. Segundo a mãe, mantém estado geral; único problema referido foi recusa de ingestão de líquidos... Reforçados ensinamentos sobre importância do reforço hídrico...”

C₃₆ “... utente verbalizando a sua incapacidade face à situação – confeção de alimentos, dificuldade em urinar e dejetar no WC. Manifesta sentir-se com pouca força a nível dos membros inferiores durante a noite. Renitente à quantidade de medicação. (...) Referiu que cerca de 3/3 dias vizinha confecciona alimentos do seu agrado. Efetuado ensino: necessidade de cumprir terapêutica; alimentação polifracionada; mobilização e levante.”

Em algumas situações, a transmissão de conhecimentos surge na sequência de alterações detetadas no momento, cujo risco de ocorrência podia ser reduzido se planeadas de modo antecipatório:

C₂₃ “...Cliente encontra-se sem dejetar há 8 dias. Feito ensino sobre alimentação rica em fibras e maior ingestão de água...”

Do mesmo modo, a decisão sobre o quê e quando “Ensinar” não está sustentada numa avaliação inicial das necessidades de aprendizagem do FC (alvo preferencial destas IE):

C₂₁ (08/04/09) “Cuidadora apresenta défice de conhecimento ao nível do risco de aspiração, tendo sido feito ensino sobre técnica e importância de avaliar o conteúdo gástrico antes de administrar refeições.” (Admissão a 20/10/08 – “Motivo de intervenção: SNG”).

C₃₆ (08/08/09) “Cuidadora apresenta déficit de conhecimento tendo sido feito ensino sobre técnica de administrar refeições por SNG.” (Admissão a 19/12/08 – “Motivo de intervenção: SNG”).

Também a quantidade de focos abordados durante o mesmo período de tempo (mesma VD) poderá ser fragilizadora do processo de aprendizagem, tal como se expõe no excerto que a seguir se transcreve:

C₅₈ “...Cuidadora não se encontra orientada para os cuidados a SNG e algália. Não está elucidada para a importância do levante. Feitos os devidos ensinamentos. (...) entregue glucómetro à cuidadora e esta foi ensinada a medir glicemia capilar. Deu-se indicação para se medir glicemia capilar em jejum e 2h pp nos primeiros 5 dias. Cuidadora orientada para os devidos cuidados de higiene e posicionamentos.” (Cuidadora de 76 anos de idade).

Quanto às IE do tipo “Orientar”, representam 20,6% das ações de domínio mais abstrato “Informar”; pretendem dirigir o FC para a gestão de sintomas de agudização do processo patológico, nomeadamente a que serviços de saúde recorrer e quando, ou avisar sobre as consequências da não adoção de determinados comportamentos de saúde.

A gestão dos cuidados de saúde representa 7,2% do total das IE categorizadas nos 70 processos analisados. Reportam ações de:

i) “referir” para outros recursos de saúde (médico da UCD/família, assistente social, enfermeira especialista de saúde mental, HDES) habitualmente para revisão de tratamento farmacológico e/ou prescrição de receituário/análises, para obtenção de apoios sociais, por agravamento do estado de saúde da PD; no caso do FC, em situações de sobrecarga emocional;

C₂₇ “Foi referido à assistente social que esta família não recebe qualquer apoio e que a cuidadora referiu dificuldades monetárias na compra da medicação...”

C₂₇ “... Cuidadora refere-se exausta pelo cuidar. Questionada possibilidade de acompanhamento por saúde mental (irá contactar-se enf^a X da unidade de saúde como forma de detetar formas de auxílio no cuidar). Sugerida e aceite VD por assistente social para que se possa avaliar as reais necessidades financeiras...”

C₅₈ “... apática sem se alimentar desde ontem por prostração, tem apresentado febre na ordem dos 38,7°C – fez antipirético. FR – 36 ciclos/m; Pulso – 116 puls/m; temp. ax. 37,7°C; glicemia capilar 263mg/dl. (...) Dada a situação feito encaminhamento para SU do HDES...”

ii) “distribuir” os artefactos/dispositivos necessários à continuidade de cuidados pelo FC (sondas de aspiração, sacos coletores, receituário de medicamentos, requisição para análise, dispositivos urinários, seringas para alimentação, impressos para agilização de processos de pedido de apoio social, material para medição da glicemia capilar):

C₁₀ “...Fornecida pinça de clampagem e sacos coletores.”

C₁₄ “...Entregue receita de Metformina 500 ½ com/dia.”

C₁₆ “... Efetuada VD para entrega de sondas de aspiração.

C₁₆ “Entregues dispositivos urinários, sacos de urina, seringas de 100ml e sondas de aspiração”

C₂₀ “...Foi entregue prescrição médica de analgésicos...”

As ações do tipo “Apoiar” e “Negociar” representam 4,0% do total das IE categorizadas. As primeiras tendo como alvo o FC em situações verbalizadas pelo próprio e/ou detetadas pelo enfermeiro de sobrecarga emocional, sendo recorrente nos discursos analisados a referência à utilização da “escuta ativa” e do “reforço positivo” (menos) em relação aos êxitos alcançados:

C₄₂ "... Cuidadora verbalizou cansaço por estar a cuidar da doente, uma vez que não consegue repousar durante a noite porque a cliente está constantemente a solicitar os seus cuidados... cuidadora apresenta sinais evidentes de desgaste tais como choro e diálogo com utente em tom alto. (...) foi prestado apoio emocional à cuidadora."

De modo a diminuir o cansaço do FC e partilhar a responsabilidade pelo cuidado à PD, são desenvolvidas ações no sentido de envolver a família:

C₃ "Contactada irmã da cuidadora para averiguar a possibilidade de participar nos cuidados de higiene."

C₃₆ "Realizada conferência familiar com utente, marido, filho e nora, com o intuito de estimular um comportamento comum no cuidado à utente por todos os intervenientes..."

Tal como constatado relativamente aos focos de atenção, as IE mantêm-se, predominantemente, centradas na PD, representando 62.9% do total das IE categorizadas, sendo que 25.9% se destinam ao FC e as restantes (11,2%) a ambos (cf. Tabela 6).

Síntese parcial

Terminada a apresentação, numa perspetiva mais descritiva, dos dados decorrentes da análise à documentação dos CE, fazemos uma síntese reflexiva sobre os dados que consideramos relevantes para a compreensão das práticas de enfermagem em uso na UCD.

Assim, relativamente ao processo de prestação de cuidados, a análise aos registos de enfermagem revela que a abordagem às necessidades dos clientes acontece, sobretudo, através da VD e do contacto telefónico (pouco utilizado pelos enfermeiros e mais pelos clientes), não estando definidos critérios que permitam orientar a decisão sobre a periodicidade da sua realização e/ou utilização. Existe uma rotina de calendarização das VDs a serem efetuadas em função da razão que motivou a admissão à UCD, a qual está centrada na vigilância de sinais vitais e dos níveis de glicemia e, pouco, em função das necessidades e características específicas de cada cliente. Verificou-se não haver sistemática nas práticas de avaliação inicial e contínua das necessidades dos clientes.

Embora o processo de prestação de cuidados seja um contínuo, a análise à documentação dos CE e aos impressos utilizados na UCD refletem distintamente dois momentos do processo de prestação de cuidados: *apreciação* e *implementação*.

A avaliação inicial do cliente está claramente definida no tempo (primeira VD após referenciação do cliente à UCD), quase na totalidade vocacionada para a recolha de informação relacionada com a pessoa dependente, verificando-se que alguns dos campos não preenchidos eram os que estavam em relação com o FC.

A avaliação inicial realiza-se, mais, no sentido de dar seguimento a uma rotina instituída na UCD a ser desempenhada num dado momento, em parte porque o maior tempo da VD está vocacionado para a implementação de IE relacionadas com o motivo que

determinou a admissão à unidade e, menos, para a recolha de informação sobre o cliente que, através das suas necessidades/potencialidades, permita a decisão sobre os CE no respeito pela individualização e pelo “*melhor cuidado*”

E - “Quando vamos fazer a admissão, estamos mais preocupados com aquilo que nos disseram ser o motivo de admissão... Se é a úlcera de pressão, se é a algália, se é a sonda. E canalizamos o tempo para prestar já cuidados, por exemplo, fazer o penso. Depois o GCD a gente preenche...”

E - “Eu estou mais preocupado (na primeira VD) é com a ferida ou com a medicação que tenho que dar... O GCD faz-se depois”

(NC, junho 2010)

Igualmente, não é visível um modelo que fundamente e organize a colheita de dados (a qual assume como áreas de atenção centrais os processos corporais), assim como não é evidente a sistemática de utilização dos dados obtidos com a avaliação inicial para a atividade diagnóstica ou para a prescrição de IE facilitadoras da transição para o desempenho do papel de CI. Ou seja, a avaliação inicial tal como está estruturada não permite a recolha de dados sobre o potencial de reconstrução de autonomia para o AC da PD assim como para o desenvolvimento de competências cognitivas, psicomotoras e afetivo-relacionais pelo FC (Schumacher & Meleis, 1994 e Schumacher *et al*, 1999).

A fase de planeamento dos cuidados é quase invisível no modelo de CE em uso na UCD e, portanto, entendemos, pouco valorizada. Embora exista um impresso que oriente e sistematize esta etapa do processo de prestação de cuidados, verificou-se a sua utilização em apenas seis dos processos clínicos analisados. Para os enfermeiros, tal como está estruturado não facilita a sua utilização, embora considerem ser importante criar uma estratégia de operacionalização desta fase já que permite organizar o volume de trabalho na UCD pelo potencial de oferta de CE orientados por objetivos direcionados às necessidades específicas de cada cliente.

E - “O plano de cuidados tal como está absorve muito tempo... Temos que pensar nas frases que vamos usar para fazer os DE...”

E - “Aquele plano de cuidados não serve... não temos tempo... tem que haver outra forma mais fácil ...”

E - “Eu reconheço a importância de fazermos o plano de cuidados. Até porque dado o trabalho que temos, não pensamos naquela pessoa e damos por nós a fazer rotinas...”

E - “Para fazer um plano de cuidados perde-se imenso tempo a pensar... Era bom se tivéssemos planos tipo...”

(NC, setembro 2010)

Deste modo, significa que a fase de implementação dos CE, aquela que consome a maior parte do tempo dos enfermeiros a par da elaboração dos registos, corresponde à realização de IE em função do que determinou a admissão da PD à unidade e de outras que vão sendo decididas no momento da interação com o próprio ou, e neste caso menos, com o FC, mas no sentido da sua instrumentalização para o cuidado à PD, pondo em causa a adequação e pertinência das IE no tempo e pessoa.

Ex - “Quando vamos fazer a VD, temos a ideia do que é que vamos lá fazer... ou é o penso, ou é medir a TA...”

E_x - “Eu vou lá com a intenção, por exemplo de ver como está a SNG... Depois, se vejo que é preciso orientar o cuidador sobre, por exemplo, posicionamentos, reforço hídrico, eu faço...”

(NC, setembro 2010)

O modo como as IE são implementadas (sem planeamento prévio), no nosso entender, põe em causa a adequação e pertinência das IE no tempo e pessoa, assim como a sua efetividade, quer em termos de desenvolvimento de competências para o desempenho do papel, quer em termos de redução de riscos para a saúde do FC e/ou PD. Também a quantidade de focos de atenção abordados durante o mesmo período de tempo (mesma VD) poderá ser fragilizadora do processo de aprendizagem.

Quanto à última fase do processo de prestação de cuidados, não é clara a sistemática de avaliação contínua da resposta do cliente aos CE e, por consequência, da sua utilização para a reformulação da ação dos enfermeiros. Por outro lado, os enfermeiros enfatizam a necessidade de organizar esta avaliação no sentido de possibilitar a identificação dos resultados em saúde obtidos pelo cliente na sequência dos CE.

Genericamente, não se constata a existência de articulação e complementaridade entre as IE implementadas e a avaliação inicial/contínua efetuada. Do mesmo modo se infere que os CE de acompanhamento da evolução da situação de saúde do FC e da PD não são sistemáticos e não estão dirigidos para a identificação dos ganhos obtidos em termos de desenvolvimento de competências para o AC e para o desempenho de papel (Schumacher & Meleis, 1994 e Schumacher *et al*, 1999), não sendo favorável à identificação de ganhos em saúde sensíveis aos CE.

Os focos de atenção da prática de enfermagem que requerem maior atenção por parte dos enfermeiros dizem respeito à PD enquanto cliente, com maior representatividade dos situados na dimensão física (processos corporais) seja quando assumimos a PD e o FC, seja quando os assumimos individualmente, sendo a úlcera de pressão o foco predominante, seguido da resposta física e do sistema neurológico (consciência/orientação). Este numa perspetiva de monitorização, aparentemente rotinizada, sem indícios de IE no sentido da sua manutenção e/ou promoção, seja junto do FC seja da PD (Diagrama 7).

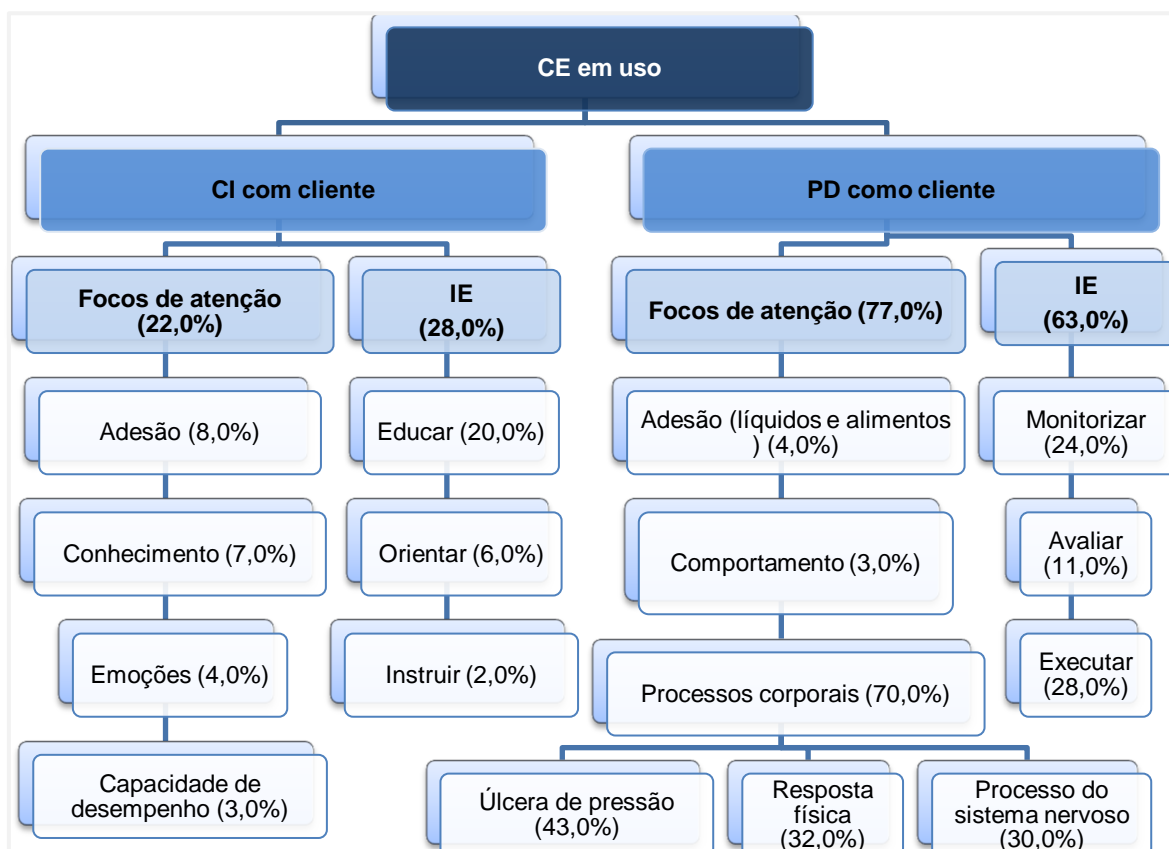


Diagrama 7 – Síntese dos principais focos e IE envolvidos nos CE no modelo em uso na UCD

Em relação ao FC os focos com maior representatividade inserem-se no âmbito do processo psicológico (adesão ao regime de tratamento da PD e emoções negativas), do conhecimento e das capacidades de/para o desempenho do papel.

Os domínios da adesão, do conhecimento e das capacidades mais representativos referem-se aos aspetos no âmbito da mobilidade da PD (posicionamentos, transferência e exercício articular), ao regime dietético e medicamentoso da PD, ao plano de controlo da glicemia capilar e da tensão arterial, ao uso de dispositivos relacionados com o funcionamento dos processos corporais, à importância da prevenção de úlceras de pressão e à execução de técnicas (medição da glicemia capilar). No entanto, embora a mobilidade seja um dos domínios da “adesão”, não o é do “conhecimento” e das “capacidades”. Será que os enfermeiros esperam do FC um comportamento para o qual não o preparam?

Relativamente às IE, verificou-se o predomínio de ações dirigidas à PD sendo as do tipo “Determinar” e “Executar” as mais representativas; para o FC são as do tipo “Informar” aquelas que surgem com maior representatividade.

No âmbito do “Determinar”, as ações de domínio menos abstrato “monitorizar” e “avaliar” são as mais representativas e igualmente relacionadas com os processos corporais (evolução da úlcera de pressão, estado de consciência/orientação, eliminação

urinária/intestinal, medição da tensão arterial e/ou glicemia capilar, funcionamento de dispositivos), com o processo patológico (monitorização de sintomas e sinais de infeção) e com a adesão ao regime dietético e/ou medicamentoso. A monitorização/avaliação destes aspetos, dada a frequência de condições crónicas e de alterações cognitivas da PD, parece ser assumida como uma prática que deve ser regular ou, até mesmo, rotinizada.

As ações do tipo “*Executar*” são, maioritariamente, relativas ao tratamento de úlceras de pressão e à administração de injetáveis.

No âmbito das ações do tipo “*Informar*”, que têm como alvo preferencial o FC, as do tipo “*Ensinar*” são as mais representativas, com preponderância da transmissão de conhecimentos (*Educar*) e capacidades para o desempenho do papel. São residuais as ações do tipo “*instruir*” e “*treinar*” os comportamentos relacionados com o desempenho do papel as quais, de acordo com Meleis (2010), são fundamentais para o alcance da Mestria.

As IE do tipo “*Orientar*”, menos significativas no âmbito do “*Informar*”, pretendem dirigir o FC para os serviços de saúde a que podem recorrer em situações de agudização das condições crónicas.

As IE que têm como alvo quer o FC quer a PD são pouco significativas no total das identificadas na documentação dos CE e dizem respeito a ações do tipo “*Gerir*” os recursos de apoio ao AC (serviços de saúde e dispositivos) e “*Atender*”, designadamente facultar apoio em situações de sobrecarga emocional e proceder à negociação do envolvimento da família nos cuidados. O “*reforço positivo*” em relação aos êxitos alcançados, quer pelo FC quer pela PD, é pouco expressivo, o qual é importante no sentido de responder à necessidade dos CI desenvolverem sentimentos de competência no desempenho do papel (Brereton & Nolan, 2000; Cameron & Gignac, 2008).

Assim, os resultados obtidos apontam para a PD como o cliente central e prioritário dos CE, sendo o FC um recurso para a continuidade e garantia dos cuidados no domicílio. A PD, tal como emerge da documentação dos CE, é um sujeito passivo, remetido para a sua dimensão de indivíduo-corpo-função, esquecendo a sua dimensão enquanto “agente intencional, desempenhando ações motivadas por razões baseadas em crenças e desejos” (CIPE®, versão 1.0, 2006, p. 43) fundamentais ao envolvimento do cliente nas ações de AC.

A documentação dos CE não é totalmente consentânea com os propósitos que enquadram os CE na UCD assim como com as premissas que fundamentam a ação dos enfermeiros no âmbito da facilitação de processos de transição para o desempenho do papel de CI (Mc Cracken, 1994; Meleis *et al*, 2010; Schumacher, Jones & Meleis, 1999 in

Meleis, 2010; Schumacher *et al*, 2010, entre outros). Surge, então, associada à reparação dos compromissos de funções corporais, seja através de IE realizadas pelo próprio enfermeiro seja pela delegação nos CI. Este facto é evidenciado, também, pelos juízos clínicos associados aos focos de atenção, os quais designam situações de compromisso.

Nos CE são valorizados como focos de atenção os relacionados com os processos/sistemas corporais, verificando-se a escassez de focos relacionados com os processos intencionais. As IE vão no sentido da substituição e/ou compensação destes mesmos processos/sistemas. São escassas as IE no sentido da promoção do potencial para a reconstrução da autonomia no AC.

Em relação ao FC, os CE assumem como focos o “conhecimento” (mais) e as “capacidades” para o desempenho do papel, assim como a “adesão” ao plano de cuidados da PD, os quais estão também em relação com os sistemas/processos corporais da PD. As IE vão no mesmo sentido, remetendo para uma intencionalidade associada à instrumentalização do FC para a continuidade e garantia dos cuidados à PD no domicílio.

Na realidade, a aprendizagem cognitiva e de capacidades são focos de atenção dos CE que devem ser valorizados no contexto da ação profissional facilitadora da transição para o desempenho do papel de CI. No entanto, suficientemente fundamentada num processo de identificação das reais potencialidade/necessidades/dificuldades do FC, assim como planeada e implementada no tempo adequado ao ritmo individual de cada CI de modo a permitir o desenvolvimento gradual de competências para o cuidado (Schumacher *et al*, 2000) o que não se tornou evidente na análise à documentação dos CE.

Assim, não obstante os focos de atenção como o “conhecimento”, as “capacidades” e os “processos corporais” serem dimensões importantes dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI, seria desejável o desenvolvimento de práticas de cuidados que ampliem o foco de atenção e promovam a integração das diferentes dimensões e a “pessoalização” dos cuidados.

Será que os enfermeiros centram a atenção predominantemente no domínio da função porque percecionam como difícil e até desnecessária a satisfação de necessidades no âmbito psicosocial? Será que a documentação dos CE realizada na UCD reflete, na totalidade, as práticas em uso?

O facto dos registos analisados não documentarem outras áreas dos CE não significa, obrigatoriamente, que nas práticas em uso elas não sejam valorizadas, até porque, tal como refere Silva (2001), há aspetos na enfermagem que são difíceis de nomear.

Na realidade, os *focus group* revelaram uma realidade um pouco diferente em que os enfermeiros, para além de corroborarem o “retra

to” efetuado a partir da documentação dos CE, demonstraram ainda outras conceções, as quais apontam para uma visão dos CE mais ampliada que iremos descrever no subcapítulo seguinte.

6.4 – Discursos dos enfermeiros sobre os CE

No sentido de explorar os discursos dos enfermeiros sobre os CE no âmbito do desempenho de papel de FC de PD, recorreu-se à técnica de *focus group* realizada em junho de 2010¹³⁴, com a finalidade de aprofundar a compreensão sobre os modelos em uso na prática de enfermagem na UCD, partindo da reflexão realizada com os enfermeiros tendo por base o “retrato” feito pelo investigador através da caracterização da população alvo dos seus cuidados e da análise à documentação dos CE.

As questões orientadoras da reflexão realizada com os enfermeiros através da técnica de *focus group* foram concebidas com base nos seguintes objetivos:

- i) Validar os resultados obtidos com a análise à documentação dos CE;
- ii) Identificar os focos de atenção e/ou as IE, hipoteticamente, não espelhados na documentação dos CE;
- iii) Inferir sobre aspetos que, do ponto de vista dos enfermeiros, se constituem como obstáculos aos CE.

A análise ao corpus resultante dos *focus group* foi enquadrada no modelo de transições de Meleis *et al.* (2000) com os contributos de Shumacher *et al* (2000), e a Teoria do AC de Dorothea Orem (1995) mais especificamente no que concerne aos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC.

Numa primeira fase da categorização dos dados, assumimos as categorias já definidas para a análise à documentação dos CE (subcapítulo anterior), tendo sido definidas, à posteriori, novas categorias que não se enquadrando nas inicialmente previstas, se apresentavam como significativas para a compreensão dos CE na UCD na perspetiva dos enfermeiros. Assim as categorias identificadas no corpus resultante da realização dos *focus group* nesta fase do relatório referem-se a: i) conceitos estruturantes dos CE, ii) processo de prestação de cuidados, iii) focos de atenção de enfermagem e iv) IE (Diagrama 8).

134 Como já referido anteriormente, os *focus group* foram sempre realizados em dois tempos distintos em função da necessidade de se constituírem subgrupos de discussão.

Conceitos estruturantes dos CE	<ul style="list-style-type: none"> • Cliente • Finalidade dos CE
Processo de prestação dos CE	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial e contínua • Constrangimentos
Focos de atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Processos corporais • Processo psicológicos • Comportamentos
IE	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar • Monitorizar funcionamento corporal • Executar técnicas • Gerir recursos de apoio ao AC

Diagrama 8 – Discursos dos enfermeiros sobre os CE em uso: categorias e subcategorias

Globalmente os enfermeiros iniciaram o seu discurso corroborando o “retrato” apresentado pelo investigador sobre a sua prática clínica, no entanto, sem estar desprovida de alguns comentários reveladores da insatisfação, desapontamento, desilusão, pelo facto de apenas refletir uma parte, não a totalidade, dos CE na UCD, o que é expresso nos excertos que a seguir transcrevemos¹³⁵:

E₉ - “Este “retrato”, como diz, não vou dizer que está errado. Até porque tenho a noção que a gente, de certeza, que não escreve tudo o que faz. Temos tendência de escrever, sempre, sobre os mesmos cuidados. No entanto, não revela tudo o que a gente faz...”

E₁₆ - “(...) Isso (o “retrato”) desiludiu-me um pouco porque acho que as nossas intervenções são tão vastas e nós dispensamos tanto tempo a nível da realização e elaboração de ensinios ao utente e à família sobretudo e que não estão refletidos através do estudo que a senhora está fazendo e do levantamento de dados que a senhora efetuou.”

E₃ - “Eu concordo com tudo o que a E₉ disse. Este não é um “retrato” completo. Falta dar uma visão daquilo para que os nossos cuidados servem...”

Assim, contextualizámos a reflexão com os enfermeiros a partir não só do hiato verificado no “retrato” efetuado, sobretudo, na exploração dos aspetos ligados à insatisfação manifestada. Centramos, então, a discussão na seguinte questão: “*Como descrevem, os enfermeiros, a sua prática aos clientes alvo dos CE na UCD?*”

Conceitos estruturantes dos CE.

Sobre o “cliente” dos CE despontam três perspetivas no sistema de pensamento dos enfermeiros: a relacional, a afetiva e a biológica. O “cliente” é, então, concebido pelos enfermeiros como um subsistema familiar necessariamente entendido numa perspetiva relacional e de interdependência entre os seus membros e destes com a comunidade. A

¹³⁵ Na transcrição de excertos a identificação do seu autor será efetuada através da expressão Enfermeiro X (E_x) em que X corresponde à numeração atribuída pelo investigador na transcrição dos discursos gravados.

interdependência é mais marcada entre os elementos daquele subsistema – FC e PD - e do FC com a comunidade. Ambos sofrem influência da família e da comunidade na medida em que poderão constituir-se como elementos facilitadores/dificultadores do alcance do bem-estar.

FC e PD exercem mudanças no sistema familiar, sobretudo no seu funcionamento, esperando que se reorganize no sentido de dar apoio às suas necessidades/dificuldade de modo a contribuir para o bem-estar de ambos.

O vínculo relacional caracteriza-se pela sua natureza afetiva/emocional, nomeadamente os laços afetivos, as afinidades emocionais e a partilha de interesses (satisfação das necessidades de AC e satisfação com o cumprimento de um “dever moral”). A dimensão instrumental nesta relação também se verifica no sentido da garantia de cuidados à PD.

No contexto da situação que ambos experienciam, o “cliente” é entendido na sua singularidade, já que as suas características individuais influenciam o equilíbrio de cada um deles no subsistema e no sistema mais amplo que é a família.

O modo como as funções fisiológicas, como indicador de bem-estar físico, e as condições psicológicas se influenciam mutuamente determina os comportamentos de procura do “bem-estar”, em particular o envolvimento de cada um no processo de adaptação quer à dependência quer ao desempenho do papel.

Não obstante esta conceção de cliente como subsistema familiar, os enfermeiros consideram ser cliente prioritário dos CE a PD, até porque é quem necessita de mais atenção por parte dos enfermeiros dado o seu compromisso físico.

E₁ -o alvo dos nossos cuidados é o doente e os significativos.. os elementos da sua família e a relação que eles estabelecem entre si...”

E₂ “Às vezes até assumimos integrada na comunidade mesmo integrada na comunidade... Muitas vezes. Não é só o cliente e a família. Muitas vezes assumimos os dois e a integração na comunidade”

E₃ – “Só que com quem lidamos com mais frequência é o utente e o cuidador (...) São os dois porque a há uma maior interdependência entre os dois ... mais do que com a família... o cuidador presta os cuidados à PD e ganha a sensação de dever cumprido pra com, por exemplo, o pai, a mãe que o criou...”

E₆ – “Portanto, a pessoa dependente, o cuidador São os alvos principais mas sem deixar de os integrar na família...Até porque como a gente sabe eles influenciam-se uns aos outros...”

E₄ . “E na comunidade, também. Ligamos à junta de freguesia, às senhoras da higiene...”

E₅ . “Mas basicamente o utente e a família onde ele se integra. E, claro, a comunidade onde ele se insere, porque interage com a família em interações recíprocas...”

E₄ . “E o plano de cuidados tem que ser para o doente e para o cuidador. E temos que ter em conta o que cada um pensa sobre a situação.... Penso que isto influencia o modo como cada um lida com a situação e se adapta a ela...”

E₆ – “O alvo do plano de cuidados é sempre o cliente. Mas sendo o cliente o doente e o cuidador, ocuidador! é sempre envolvido. Tem que estar envolvido de certeza absoluta.”

E₈ – “O doente e o cuidador. Mas cada um visto como pessoa única... como pessoa que tem características próprias que influenciam os CE”

E₉ – “O alvo é sempre o cliente. Um cliente que é doente que tem problemas de natureza física que faz com que dependa de um cuidador... É claro que não podemos deixar de pensar no aspeto psicológico porque influencia o bem-estar...”

E₁₁ – “... o doente e o cuidador... é claro que os mais dependentes são aqueles com quem nos preocupámos mais...”

E₁₄ – “...os mais dependentes mas também os cuidadores que têm... os que têm diabetes, HTA, problemas cardíacos... isto são situações que lhes dificultam os cuidados...”

Para os enfermeiros, há um tipo de clientes que necessita mais do que outros de CE, nomeadamente as pessoas que apresentam maior nível de dependência, os CF mais idosos e com compromissos crónicos associados e com maior dificuldade no desempenho de tarefas de apoio ao AC da PD. Clientes inseridos em famílias com poucos membros, geograficamente isoladas e com baixos recursos económicos são também incluídos no grupo de clientes que mais necessitam de CE.

No sistema de pensamento da maioria dos enfermeiros, as expressões “*bem-estar*” e “*conforto*” surgem associadas a um estado de equilíbrio aos níveis “físico”, “psicológico” e “sociológico”, quer numa perspetiva individual – FC e PD – quer da família e, sobretudo, do subsistema familiar, uma vez que cada elemento tem influência, mútua, sobre o estado de “conforto” ou de “bem-estar” próprio e da família. O estado de equilíbrio é subjetivo, de acordo com a apreciação do cliente num momento particular, sendo, por tal, um processo dinâmico e contínuo.

A noção de “*bem-estar*”, como subjetiva, depende da apreciação que o cliente faz de si próprio independentemente de coincidir, ou não, com a apreciação que os outros, nomeadamente os profissionais, fazem.

Apesar de expressas as dimensões biológicas, psicológicas e sociológicas inerentes ao estado dinâmico de “*bem-estar*”, verifica-se a ausência dos aspetos culturais e económicos como componentes do conceito.

E₁ – “Normalmente o que nós tentamos perceber é qual é o conforto deles, o que é para eles o conforto... vamos ao encontro disso. Nós tentamos perceber isso. O que é que significa estar confortável, para eles. Eu penso que é nessa base que todos nós trabalhamos. Porque não conseguimos ver a nossa ideia de conforto... porque a ideia de conforto de algumas pessoas pode chocar-nos... como já tem chocado.”

E₄ – “A gente às vezes tenta ver qual é a ideia de conforto daquela pessoa, quais os meios que tem ao seu alcance para satisfazer e dar o conforto necessário para aquela situação...”

E₁ – “Às vezes não vem ao encontro da nossa ideia de conforto.”

E₃ – “Varia de pessoa para pessoa (o conforto).”

E₅ – “O que é estar bem perante aquela situação de desequilíbrio mas que comparativamente com outros ... eles estão a vivenciar eles podem estar numa fase de equilíbrio. Então, para nós o que é, qual é o ponto de equilíbrio que existe entre a família e o utente em relação, também, com a comunidade envolvente e até com a equipa de enfermagem ... em nada ir de encontro e se for patológico para eles claro que nós temos que intervir. Há situações em que o bem-estar realmente não se coaduna com os critérios de bem-estar que muitas vezes estão instituídos”

E₃ – “o bem-estar, físico, psíquico e social tanto do utente como do cuidador e da família.”

E₆ – “... um bem-estar que está na dependência do bem-estar de cada um...”

Alcançar o “bem-estar” da PD, CI e família surge como a finalidade central dos CE, através da promoção da autonomia para o AC da PD, do desenvolvimento de competências no sentido da capacitação do FC para o desempenho do papel e da reorganização funcional da família para a resposta às necessidades do FC e PD.

E₃ – “O bem-estar...”

E₃ – “Pois, do bem-estar, do conforto.”

E₁ – “O bem-estar, a estabilidade emocional, a funcionalidade familiar, porque é importante... numa família disfuncional não há possibilidade ... nós não estamos lá 24h, quando muito vamos lá umas duas vezes por semana, não é, mas situações que requerem que vamos diariamente, mas quem fica lá é a família. Portanto, nós temos que ter aquela família estabilizada para continuar...”

E₁ – Emocionalmente (estabilizados). Pois, porque há ensinamentos que se fazem para ter uma pessoa dependente ou em situação de não dependência total mas uma situação de limite de vida em casa que gera muitas questões e claudicação familiar, inclusive. Aquele cuidador tem de estar emocionalmente apoiado”

E₅ – “Emocionalmente (estabilizados) de acordo com as necessidades que eles (PD e CI) ... e ficam ansiosos com os tratamentos de feridas como com a satisfação de NHB como também a parte como a X estava dizendo e muito bem a nível das relações e da parte emocional, da estabilidade emocional, que interfere com o bem-estar”.

E₁ – “Visa a estabilidade de acordo com aquilo que foi detetado. É físico, é emocional... e no fundo o que nós queremos é estabilizar aquela família no sentido de um conforto na prestação de cuidados...”

E₅ – “Pois no caso e tendo em conta o que a Y disse, o bem-estar pode ser no sentido de não piorar... não quer dizer que seja melhorar, mas sim, não piorar.”

E₃ – “É definir qual é o potencial para aquela pessoa e para o cuidador.”

E₆ – “Eu acho que os objetivos dos cuidados, num âmbito muito, muito geral, é aquisição de competências. Porque essa aquisição de competências não é só no fazer. Tanto é no fazer como, também nas atitudes e comportamentos que a pessoa... face às necessidades tanto do utente como da família.”

E₁ – Eu vejo esta competência sempre no sentido da autonomia da PD...”

E₆ – “... bem-estar do cuidador mas, às vezes, também do utente. Aliás, primeiramente é o cliente, até. Depois, o cuidador, depende, também, do grau de dependência da pessoa.”

E₄ – “... é a independência para o bem-estar. Desenvolvimento de competências no sentido de levar o utente a ficar menos dependente possível dos cuidados de saúde e portanto levar a sua vida o mais normal, entre aspas, possível. O mais normal possível de forma a um AC independente, uma independência dentro das possibilidades dele.”

Processo de prestação dos CE

Sobre a avaliação das necessidades dos clientes, os enfermeiros corroboram o já verificado através da documentação dos CE, ou seja, que se desenvolve no contexto da interação no domicílio dos clientes, estabelecida a partir do momento em que se inicia o contacto com o cliente – a admissão à UCD - seja por iniciativa do próprio (menos representativa) seja pelos enfermeiros (mais representativa). As estratégias de avaliação no contexto da interação incluem a observação (centrada na PD) e entrevista dirigida a ambos, no entanto tendo, como interlocutor principal o FC e, muito raramente, aos membros da família.

Em relação aos conteúdos e modo como a colheita de dados está organizada, nomeadamente os instrumentos em uso na UCD, alguns enfermeiros consideram não responderem à natureza dos CE no contexto particular da UCD, não estando estruturados de acordo com nenhum modelo de enfermagem em particular o que seria importante para a melhoria da resposta em cuidados aos clientes e para a visibilidade da sua intervenção.

E₈ – “...a gente não consegue de momento melhorar os nossos instrumentos, os nossos guias, aquilo que a gente gostaria para melhorar os cuidados e dar visibilidade àquilo que a gente faz.”

E11 - “Esta folha foi totalmente mudada porque umas coisas que eu perco mais tempo no dia-a-dia são as educações para a saúde que nos reserva e que não diz que educação foi essa não há informação. Eu hoje estive numa casa 45 minutos só a fazer educação para a saúde. Fiz 2 minutos avaliação da glicémia e depois fiz 45 minutos educação para a saúde, discutindo aspetos com a família, e o que ela aprendeu não está refletido absolutamente em lado nenhum e ninguém valoriza isso eventualmente aquela família mas fora não há como mostrar que isso foi feito. Portanto isso temos que melhorar.”

A ausência de orientações ou de instrumentos que facilitem a decisão sobre a periodicidade com que a avaliação contínua dos clientes deve ser realizada, não é facilitadora dos CE:

E16- “Não há nenhum plano escrito que nos diga quanto tempo depois de nós lá estarmos é que devemos ir... No tratamento das úlceras é que cada um de nós é formado... se esteve presente no tratamento da ferida sabe... consegue perceber... com aquela evolução, com o aspeto de determinada ferida, quando deverá ser feita a próxima visita e informa todos nós... todos nós tivemos formação e todos nós sabemos quando é que aquela ferida deve ser novamente avaliada. Estamos lá os dois, avaliamos aquela ferida e depois dizemos: pronto a próxima avaliação tem que ser tal dia”.

Por um lado, se os enfermeiros consideram que os CE tendem para o alcance de resultados ao nível da autonomia para o AC, do controlo dos riscos físicos associados à dependência e das competências para o desempenho do papel de FC, por outro lado, são de opinião de que o modo como os CE estão organizados, não permite a avaliação destes ganhos, sendo esta uma área que gostariam de ver transformada. Embora estejam definidos alguns instrumentos que, se utilizados em tempos distintos ao longo do processo de cuidados, permitem classificar a mudança operada, em particular a escala de *Barthel*, os mesmos não respondem ao contexto específico da sua prática clínica já que o que é esperado em termos de desenvolvimento da autonomia para o AC não poderá ser exclusivamente medida em termos globais, tendo obrigatoriamente que o ser em domínios mais específicos de desempenho de atividades de AC. Tal como a avaliação de resultados está implementada na UCD (notas de evolução) é dificultadora de uma compreensão objetiva e acessível da evolução do cliente.

E9 - “... a gente ensina, a gente vigia a TA... a gente fala na alimentação... mas em que é que isto contribui para a evolução daquela pessoa?”

E15 - “Qual é a importância do reuso da escala de Barthel modificada? Pode-me permitir dizer, a pessoa diminuiu o grau de dependência ... mas também não diz muito mais... o que é que a pessoa... Quais as competências adquiridas... Em que é que ela ficou menos dependente...”

E12 - Bom, há aspetos que temos que atingir com aqueles cuidadores e doentes: por um lado o efeito dos CE na sensação de tranquilidade, na ansiedade das pessoas face a uma situação de fim de vida ... mas isto não vemos facilmente...”

E16 - “... a gente diz que articulou com a médica ou articulou com o assistente social mas o que é que se tratou? Qual foi a nossa intervenção para com essas pessoas? Porque se não fôssemos os consultores nesse processo, não havia articulação nenhuma, não havia benefício nenhum para o utente e para a família. E o onde é que isso está?”

Paralelamente, as “limitações de tempo para realizar o número de VDs adequadas às necessidades dos clientes da UCD” associadas ao “elevado número de clientes por enfermeiro” e à “dispersão geográfica”, a “escassez de enfermeiros” e a “escassez de recursos materiais”, são, também fatores que dificultam os CE:

E8 - ...Muitos doentes, muitos cuidados para serem prestados, poucos enfermeiros e depois, apesar de nós querermos fazer tudo bem, vai faltar tempo para alguma coisa...”

E₁₁ – “E uma das coisas que eu achei engraçado foi que não há uma proporcionalidade e isso, para mim, é preocupante no número de enfermeiros relativamente ao número de utentes. Não sei se isso são das áreas, só sei que isso tem que ser pensado. Tem que ser pensada alguma coisa porque não é exequível eu ter 3 enfermeiros numa zona e ter 30 doentes; e ter 3 enfermeiros numa zona com 70 ou 80 doentes. Não é uma questão de comparação mas eu não posso dar a mesma resposta. Os doentes têm os mesmos direitos. É complicado.”

E₁₆ – “E ainda tem que se introduzir a variável da área geográfica porque nós temos 75 numa zona que vai de São Vicente a João Bom. Aliás, dos Fenais da Luz a João Bom.”

E₁₁ – “Eu levo 50 minutos a chegar ao João Bom para começar a trabalhar. E para os Mosteiros é pior.”

Focos de atenção

Em relação às áreas de atenção que os enfermeiros consideram relevantes no processo de cuidados ao cliente, inclusive de avaliação inicial, do ponto de vista da intenção, tanto os processos corporais como os psicológicos e os comportamentos são relevantes para a enfermagem, designadamente:

- i) os processos dos sistemas gastrointestinal, tegumentar (feridas), músculo-esquelético, nervoso, regulador, respiratório e urinário;
- ii) a cognição, o *coping*, a aprendizagem cognitiva e de capacidades, a aceitação do desempenho do papel, as emoções, o envolvimento da PD, as crenças, a adesão;
- iii) o AC.

Do ponto de vista do juízo atribuído a estes focos, surge a referência a uma opinião clínica não verificada na documentação dos CE, o “potencial” de desenvolvimento de capacidades para o AC e para o desempenho do papel de FC, como contexto para a prescrição das IE, o que, do nosso ponto de vista, revela uma abordagem ao “cliente” mais consonante com as conceções veiculadas pelos enfermeiros.

E₁₆ – “Mas o nosso maior foco de atenção é os tratamentos a feridas. Por alguma razão assim é. É porque a maior parte das situações a que nós temos que dar uma resposta... em que nos é exigido dar uma resposta mais atempada é a parte dos tratamentos...”

E₆ – “que é a cicatrização de feridas, e também, mas esse muito no geral, que é as competências verbalizadas e demonstradas. Que a pessoa é capaz de verbalizar que é capaz de cumprir uma dieta, uma medicação... esse conjunto ao nível do conhecimento, como também do saber fazer.”

E₉ – “Ao nível da alimentação, da deambulação, ou seja, da mobilidade do utente... das autonomias. Dos AC... Claro que há AC mais prioritários que outros...”

E₁ – “... porque há cuidadores que podem sentir-se obrigadas a serem perfeitamente capazes de fazerem aquilo que dizemos nos ensinamentos... Será que se sentem bem assim? Será que estão satisfeitas com a sua vida? Será que já organizaram o seu dia a dia de forma a estarem bem consigo e com os outros que a rodeiam?”

E₆ – “Mesmo a pessoa que não está satisfeita ou não está motivada dificilmente vai adquirir os ensinamentos que se fazem... aquilo que foi a tua intervenção...”

E₃ – “Quer dizer, eu acho que aqui era importante definir qual é o potencial que se pode desenvolver quer no estado de saúde do utente quer na capacidade de aquisição de competências porque depois também a gente vai ter que lidar com estas coisas todas. Há formas de definir qual é o potencial para aquela pessoa e qual é o potencial máximo que se pode atingir tendo em conta as capacidades de resposta e até mesmo o que a pessoa quer, em que é que ela acredita ser capaz de fazer e querer fazer.”

E₁ – “Pois. E será que a pessoa quer mesmo ser cuidadora? Será que o doente quer colaborar? Em que é que acreditam? O que significa para eles a situação que vivem... Isto não seria importante avaliar primeiro que tudo?”

E₅ – “O que significa para eles a situação que vivem...”

E₃ – “O que é que se pode esperar deles... o que é que eles esperam da gente... porque se calhar o natural do doente será perder capacidades e a gente está a trabalhar e está a trabalhar outras coisas... é tentar que ele não perca as capacidades que tem... e na avaliação do nosso trabalho isso tem que ser pesado... uma coisa que seja realista.”

Não obstante, as “feridas” continuam a ser apresentadas como o principal foco de atenção dos CE, como se pode constatar pelos excertos que a seguir transcrevemos:

E₈ – “... agora não temos dúvidas que as feridas são a nossa primeira preocupação...”

E₁₂ – “...Isto é tudo muito bonito, mas temos que tratar das feridas...”

E₁₆ – “Mas o nosso maior foco de atenção é os tratamentos a feridas. Por alguma razão assim. É porque a maior parte das situações a que nós temos que dar uma resposta... em que nos é exigido dar uma resposta mais atempada é a parte dos tratamentos...”

Intervenções de enfermagem

O conjunto das IE verbalizadas pelos enfermeiros sugere que o papel da enfermagem coloca os enfermeiros como i) “educadores” (sobretudo do FC), ii) supervisores do estado e funcionamento de processos corporais da PD, iii) executores de procedimentos técnicos como tratamentos, otimização de dispositivos e administração de medicamentos, iv) coordenadores/gestores dos cuidados de saúde à PD e CI e dos recursos disponíveis e necessários ao AC (nomeadamente facilitando a articulação da equipa multidisciplinar, entre ela e dela com o FC, assim como do cliente com a comunidade) e como v) “investigador/avaliador das necessidades do cliente, como subsistema, ou, sobretudo o PD, individualmente.

E₁ – “... ensinamos muito aos cuidadores... somos educadores por excelência...”

E₄ – “... para além dos pensos, da medicação, das SNG e das algálias, fazemos muitos ensinamentos...”

E₈ – “... muitas das VDs que fazemos são para controlar a TA e a glicemia capilar...”

E₁₀ – “A gente vê que precisa vai buscar a receita, vai entregar a receita, continua o que está a fazer.”

E₁₄ – “Todo o papel, por exemplo também, do consultor não só do formador para com a família mas também, por exemplo, como consultor para com os restantes membros da equipa multidisciplinar ...”

E₁₆ – “Não só a articulação, como arranjamos os recursos que as pessoas precisam, levamos a casa...”

E₄ – “... em cada visita temos a preocupação de perceber as necessidades do doente e do cuidador...”

Do discurso dos enfermeiros emerge a noção de que a prescrição das IE decorre, fundamentalmente, da decisão dos enfermeiros, o que de algum modo contraria o conceito de “cliente” e de “bem-estar” expresso pelos enfermeiros, assim como alguns dos focos de atenção dos CE verbalizados, nomeadamente aqueles relacionados com as disposições internas para o ajuste quer à situação de dependência quer ao desempenho do papel.

E₈ – “...claro que estamos mais virados para as necessidades do doente... e depois vemos o que é melhor para ele...”

E₆ – “... ensinamos sobre aquilo que achamos que o cuidador precisa...”

Na implementação das IE, os enfermeiros referem dificuldades situadas ao nível do próprio cliente associadas a compromissos dos processos de aprendizagem, designadamente o compromisso cognitivo de alguns (muitos) FC e PD, a adesão a

atividades de apoio ao AC, o grau (elevado) de dependência, a idade avançada, os compromissos físicos e a condição de saúde do FC, isto para além da fraca importância que, na opinião dos enfermeiros, é atribuída pelos FC e PD a algumas orientações, nomeadamente a participação da PD em algumas ações específicas de AC que por ele podem ser realizadas como, por exemplo, no âmbito do AC “Tomar banho” e “Alimentar-se”:

E₁ - É preciso não esquecer que ao nível de AC os nossos alvos de cuidados têm um grau de dependência já elevado. Maioritariamente restritos em relação a alguns AC...”

E₅ - “... os nossos cuidadores são também idosos...com problemas de saúde...e isto dificulta... custa estar a dizer-lhes para fazerem coisas que eu sei que têm dificuldade...”

E₇ - “Alguns dos nossos cuidadores têm demências... por exemplo, o Sr. Manuel¹³⁶ é que lembra à cuidadora (esposa) qual a medicação que ambos fazem...”

E₁₄ - “... às vezes eu digo aos cuidadores para porem o doente a fazer coisas, por exemplo, comer sozinho, lavar a cara e o peito... quando lhe pergunto se fez, ou não responde ou diz que não...e isto desanima-me...”

Nos discursos dos enfermeiros a noção de cliente surge ampliada, ultrapassando a dimensão relacionada com a pessoa enquanto “corpo-função”, incluindo atributos que o entendem como uma entidade plural, autor e ator de comportamentos intencionais, enquadrado num contexto sócio-familiar. Este conceito mais consentâneo com o veiculado por Meleis *et al* (2000) integra fatores que determinam o sentido dos processos de transição experienciados pelo cliente, como a interpretação da sua própria condição e bem-estar e a sua relação com o ambiente. Não obstante, mantém a ênfase na PD enquanto cliente, justificada pelos compromissos corporais que apresenta. Do mesmo modo, o direito do cliente à autodeterminação é contrariado pelo facto da decisão sobre os CE estar centrada no enfermeiro.

Os CE estendem-se para além da reparação/manutenção dos processos corporais da PD e assumem a promoção do potencial de reconstrução da autonomia para o AC, o desenvolvimento de competências, pelo FC, para o desempenho do papel e o envolvimento da família nos cuidados.

Também as áreas de atenção dos CE abrangem outros domínios que não os identificados pela análise da documentação produzida pelos enfermeiros. Mantém os focos no âmbito da função, estendendo-os aos domínios do auto-conhecimento, surgindo agora o AC como um foco de atenção dos CE. Não obstante a finalidade dos CE integre o envolvimento da família, esta não surge como área de atenção verbalizada pelos enfermeiros. A ferida permanece nos seus discursos como sendo o foco prioritário da sua atenção.

As IE vão ao encontro das identificadas na documentação dos CE: o ensino para o desempenho do papel de FC, a monitorização/avaliação do funcionamento corporal, a

¹³⁶ Nome fictício para designar uma PD.

execução de técnicas e a gestão dos cuidados de saúde assim como dos recursos para o AC. Às ações relacionadas com a exploração das necessidades do cliente, como subsistema ou individualmente (sobretudo a PD), é dada maior relevância nos discursos dos enfermeiros sobre os CE.

6.5 – A ação profissional dos enfermeiros: síntese reflexiva

O diagnóstico realizado torna-se relevante pelas reflexões relacionadas com a ação profissional dos enfermeiros no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI, contribuindo para o desenho de modelos de CE tendentes à adequação da resposta às necessidades próprias desta população face a este evento específico.

Partimos, por um lado, da premissa de que a informação sobre os clientes dos CE da UCD, obtida através da aplicação do formulário no domicílio das famílias, permitiria, validar o conhecimento já existente, assim como, desocultar aspetos fundamentais e estruturantes para a tomada de decisão sobre os CE e, por outro, de que o conhecimento das representações dos enfermeiros sobre conceitos basilares acerca da ação da enfermagem tendo como alvo estes clientes nos auxiliaria na compreensão e reestruturação destas mesmas práticas. A análise dos seus discursos falados e escritos, em particular a documentação dos CE, tende a refletir as práticas de cuidados em uso (Jesus, 1995, Silva, 2001; Hesbeen, 2001; Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003, Sousa, 2006; Leal, 2006). Tal como defende Watson (2002), o conhecimento dos CE em uso favorece a compreensão da forma como os enfermeiros percecionam a sua prática, o que é fundamental para a implementação de processos de mudança no terreno.

Assim, considerando o FC de PD no seu processo de transição para o desempenho de papel como um contexto da IE, julgamos pertinente compreender que fatores o condicionam e que necessidades requerem CE, assim como as intervenções descritas/propostas pelos enfermeiros quando tomam estas pessoas como alvo dos cuidados.

Deste modo, neste ponto do relatório procedemos ao cruzamento dos dados gerados pelos dois estudos efetuados no sentido da realização do diagnóstico sobre a ação profissional dos enfermeiros no âmbito do desempenho do papel de CI de PD, desocultando oportunidades de desenvolvimento dos CE não só do ponto de vista dos enfermeiros mas tendo em conta as características da população que é alvo da sua intervenção.

Assim, o desempenho do papel de CI caracteriza-se por um padrão de substituição da PD, com baixo incentivo do mesmo à participação nas atividades de AC mesmo naquelas em que o poderia fazer de forma independente. Em termos de intensidade não se verificou a predominância de um grau em particular, o que remete para a possibilidade

de, por um lado poder haver cuidados que são prestados com maior frequência existirem outros que poderão estar deficitários. Os cuidados no âmbito dos AC “*Alimentar-se*”, “*Usar o sanitário*” e os relacionados com a mobilidade, assim como no âmbito dos processos tegumentar, músculo-esquelético e respiratório e ainda da cognição reportam aqueles que são prestados com menor intensidade, a qual sofre influência não só da dependência no AC como da condição de saúde da PD e da PAE do FC.

Tanto a dependência no AC como a PAE global apresentam-se como fatores de influência nos cuidados dispensados pelo FC deste estudo, sendo os que são prestados com menor intensidade aqueles que igualmente reportam menor incentivo à participação da PD e em que a TUR é também menor, correspondendo aos domínios de AC e aos processos de cuidar definidos por Schmacker *et al* (2000) onde o FC se percebe como menos competente apresentando-se, assim, como fatores determinantes do desempenho do papel de CI.

De facto, há evidência de que é nos domínios de AC relacionados com a eliminação e a mobilidade que a dependência é mais elevada - apresentando-se como os focos mais significativos para a manutenção/reconstrução da autonomia – a qual influencia não só a PAE nos mesmos domínios, como a condição de saúde da PD nas áreas com eles relacionadas, em particular a cognição. A alteração do estado mental é o compromisso da condição de saúde que se apresenta como um factor de influência comum à dependência no AC, à PAE e aos cuidados dispensados, apresentando-se como um aspeto essencial a ter em conta na reconstrução da autonomia e com efeitos sobre o desempenho do papel.

Do ponto de vista dos CE em uso na UCD, verifica-se um investimento nos aspetos relacionados com a condição de saúde das PD, em particular nos compromissos dos processos/sistemas corporais, área emergente no estudo da população, com relação com o desempenho do papel dos CI. No entanto, numa perspetiva curativa, assim como pouco dirigida para a promoção/manutenção da cognição, factor determinante quer da dependência no AC, quer da PAE do FC, portanto, com efeitos no desempenho do papel e do cuidado que é providenciado. Sendo a manutenção/reconstrução da autonomia no AC um dos propósitos centrais da atividade da UCD e um dos fatores que neste estudo se revelou como determinante no padrão de cuidados oferecidos pelo FC, é residual enquanto foco de atividade diagnóstica e de intervenção dos enfermeiros.

Os CE no sentido do envolvimento da PD nos cuidados e de valorização das suas capacidades para o AC são quase nulos, seja ao nível da avaliação inicial/contínua, seja do planeamento e/ou implementação dos CE. Aliás, se o processo de prestação de cuidados está claramente definido em dois momentos distintos – avaliação e implementação – carece de clareza quanto à articulação entre estas duas fases.

O FC surge como um recurso para a garantia da continuidade dos cuidados à PD, estando a atenção do enfermeiro centrada no conhecimento que considera ser necessário ao desempenho do papel. A decisão sobre o “conhecimento necessário” está, sobretudo, baseada no juízo do enfermeiro, não estando suportada numa avaliação inicial/contínua, sistematizada e sistemática, das reais necessidades de cada CI. Aliás, o FC é o “cliente invisível” na avaliação inicial que é efetuada aquando da admissão à UCD, no entanto, sendo ele a fonte de informação privilegiada para a colheita de dados sobre a PD, fazendo, deste um sujeito passivo, remetido à sua condição de “cliente-corpo-função”.

As IE que têm como foco o conhecimento e as capacidades para o desempenho do papel, não estando estruturadas e fundamentadas na avaliação do potencial de aprendizagem do FC, nomeadamente disponibilidade para aprender e compromisso com a aprendizagem, são questionáveis quanto à sua efetividade no sentido da facilitação da transição para o desempenho do papel.

Embora em relação ao FC existam focos de atenção dos CE que numa primeira análise se enquadrariam no contexto do “conhecimento de si próprio” enquanto pessoa, como é o caso da “adesão” e das “emoções”, numa análise posterior tal poderá ser questionável. Ou seja, no caso da “adesão”, as IE são implementadas no sentido da validação do comportamento, novamente numa perspetiva de instrumentalização para o cuidado à PD e não com as predisposições do FC para o adotar. No caso das “emoções”, as IE (residuais no todo das IE) não são planeadas no sentido da sua antecipação e da preparação do FC para as gerir, sendo implementadas quando emoções negativas são identificadas em momentos de interação com o FC não sequenciais no tempo com hiatos de avaliação e continuidade e, portanto, de efetividade.

Verificando-se uma baixa utilização de recursos de apoio ao AC pelo FC favoráveis à reconstrução da autonomia da PD e, portanto, de alívio da sobrecarga do FC, seja por dificuldades económicas, seja por desconhecimento da sua existência/finalidade/modo de utilização – quando são assumidos nas IE têm como finalidade o desenvolvimento de conhecimentos/capacidades para a otimização de dispositivos relacionados com a resolução/substituição de compromissos de processos corporais. O envolvimento da família, por parte dos enfermeiros, como recurso ao desempenho do papel é quase invisível, não obstante ser um dos recursos não profissionais mais utilizado pelos CI. Neste contexto, é importante que os enfermeiros conheçam e valorizem o leque de recursos de apoio ao AC disponíveis de modo a melhor avaliarem as necessidades dos CI e a melhor orientarem para a sua utilização.

Assim, o modo como os cuidados dispensados pelo FC se apresentam neste estudo está muito próximo de um padrão de substituição da PD e pouco do seu envolvimento e

compromisso para com a reconstrução da identidade de ambos na mudança que experienciam. Aquele padrão intersecta-se com as práticas de CE em uso na UCD, também elas orientadas para a capacitação do FC no sentido da substituição da PD nas atividades de AC em que ele é totalmente dependente mas, também, naquelas em que apresenta potencial para as realizar de forma autónoma.

Os CE estão centrados no desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades (muito menos) para o cuidado numa perspetiva curativa. Do mesmo modo, não estão fundamentados no conhecimento e compreensão da experiência de transição, na sua dimensão temporal que ambos vivenciam, nomeadamente as condições que lhe são facilitadoras e/ou inibidoras, o que é fundamental para o desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel (Meleis, 2010).

Do estudo centrado no conhecimento dos clientes dos CE existem fatores que evidenciaram condicionar o desempenho do papel dos CI que nele participaram, desde características sociodemográficas até à dependência no AC, condição de saúde da PD e PAE do FC.

Não obstante, do ponto de vista da intenção (discursos falados sobre os CE) os enfermeiros valorizam a pessoalização dos cuidados no sentido da implementação de IE que efetivem o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e de recursos para um desempenho do papel com Mestria.

Em termos globais, a reflexão sobre os resultados que compõem o diagnóstico realizado, embora aponte para fragilidades associadas ao modelo de CE em uso na UCD, sobretudo desperta para a necessidade e importância da sua reconstrução no sentido da efetividade dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI. Os discursos falados dos enfermeiros reportam um conjunto de aspetos que ampliam o padrão dominante dos CE veiculado pela documentação por eles produzida sobre os cuidados, os quais designamos como oportunidades de desenvolvimento dos CE e que sintetizamos do seguinte modo:

- i) Confrontação e insatisfação com dados da condição de saúde da PD e do desempenho do papel do FC, na perspetiva dos enfermeiros, não expectáveis e inconsistentes com os CE dispensados;
- ii) Consciencialização sobre fatores condicionantes da reconstrução da autonomia para o AC e do desempenho do papel de CI, emergentes no diagnóstico efetuado, que devem ser assumidos como áreas de atenção nos CE;
- iii) Ampliação da perspetiva de “cliente”, não só assumindo o FC como alvo dos CE, como atribuindo significado a fatores relacionados com as predisposições individuais para a ação;

- iv) Consciencialização sobre o facto de que o processo de prestação de cuidados, tal como se apresenta, não é facilitador da reconstrução da autonomia da PD e do desenvolvimento de competências para o desempenho do papel;
- v) Reconhecimento da necessidade de mudança no processo de prestação dos CE, nomeadamente nos instrumentos de apoio à sua documentação e na linguagem utilizada para o efeito;
- vi) Atribuição de significado à assunção de um modelo teórico que fundamente e oriente o processo de prestação de cuidados na UCD e que contribua para a avaliação dos ganhos em saúde alcançados pelos clientes;
- vii) A assunção da CIPE[®] como linguagem a adotar na documentação dos CE;
- viii) O compromisso com a transformação do contexto real onde os CE acontecem através de um processo dialético de reflexão sobre e na ação, baseada na participação democrática, na responsabilidade e envolvimento de enfermeiros e investigador no sentido da conceção de um modelo organizador dos CE facilitador da transição para o desempenho de papel de CI.

Não obstante, foram apontados pelos enfermeiros, como fatores dificultadores da reconstrução da autonomia no AC e do desenvolvimento de competências do FC, a inexistência de modelos conceituais ajustados às práticas, a insuficiência de formação na área, a escassez de recursos humanos e materiais face ao número elevado de clientes e às suas necessidades específicas, à dispersão geográfica e ao tempo disponível.

O cliente emergiu, igualmente, como obstáculo à efetivação de práticas de cuidados promotoras da reconstrução da autonomia da PD e facilitadoras do desenvolvimento de competências para o desempenho do papel de CI por razões associadas à aprendizagem cognitiva e de capacidades, assim como à capacidade física do FC para dispensar os cuidados.

Tanto as oportunidades de desenvolvimento como as dificuldades emergentes constituíram-se como contributos para o processo de transformação das práticas de CE em uso na UCD.

Capítulo 7 – Co-construindo o modelo de CE

O percurso da mudança, que permitiu a co-construção de um modelo de CE no âmbito da transição para o desempenho de papel de CI, centrou-se nos resultados obtidos na fase diagnóstica orientada para identificação de oportunidades de transformação dos cuidados em uso, pela construção de conhecimento gerado através dos processos de aproximação ao contexto interventivo.

Iniciaremos este capítulo com a descrição da 2ª fase – o *Planeamento da Ação* - resultante dos processos de confrontação, discussão e reflexão sobre os resultados decorrentes da fase de diagnóstico. Sendo essencialmente uma etapa de negociação da intervenção, caracterizou-se pelo envolvimento dos vários atores nos processos de tomada de decisão sobre a mudança, tal como expectável num estudo com a natureza da IA. Realizando-se a primeira reunião em junho de 2011, o planeamento da ação decorreu até setembro do mesmo ano, iniciando-se em outubro a concretização das estratégias que levariam à implementação dos processos de mudança.

De seguida descrevemos a 3.ª fase - *Implementação da Ação* - que decorreu de outubro de 2011 a Setembro de 2012, a qual integrou duas etapas cumulativas, dando origem à co-construção do modelo de organização e documentação dos CE. A primeira etapa reporta o processo formativo que permitiu a discussão e reflexão sobre os modelos expostos, enquanto modelos conceituais definidores da disciplina (Silva, 2006), como substrato conceitual para o questionamento e redefinição das práticas em uso. A segunda etapa reporta a implementação das ações levadas a cabo no sentido da conceção, propriamente dita, do modelo de reorganização dos CE.

Terminamos com a especificação do modelo de cuidados co-construído, a que designámos: *Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal*.

7.1 - Planeamento da ação

A intenção de provocar mudanças (já expressa pelos enfermeiros) no sentido da obtenção de padrões mais elevados de CEE e a reflexão sobre as práticas, são fundamentais em qualquer processo de mudança, em particular, de melhoria contínua da qualidade. A reflexão sobre a acção constitui-se como a base processual para a modificação de comportamentos que impliquem a incorporação de novas formas de pensar e de organizar as práticas, possibilitando a compreensão dos aspetos a otimizar, dos processos a implementar e dos efeitos que as mudanças provocam no contexto da ação (Argyris & Schön, 1982; Schön, 2000; Sousa, 2006).

De modo a criar o ponto de partida e envolver os enfermeiros na tomada de decisão sobre as mudanças a implementar nos CE, apresentaram-se os resultados obtidos com a fase diagnóstica do ciclo de estudos. Iniciámos o processo de reflexão sobre a ação pela confrontação entre as práticas em uso (características da população alvo dos cuidados, documentação e discursos sobre os CE) e os modelos expostos (Teoria das Transições de Meleis *et al*, 2000), Teoria do AC de Dorothea Orem (1995) e enquadramento concetual da Rede de Cuidados Continuados e da própria UCD). Desta forma, em junho de 2011, realizámos reuniões com os enfermeiros da UCD orientadas pelos seguintes objetivos:

- i) apresentar os resultados obtidos com o diagnóstico realizado;
- ii) validar com os enfermeiros a intenção e necessidade de mudanças nos CE;
- iii) discutir os aspetos a serem inovados nos CE e as estratégias a implementar no sentido da efetivação da mudança.

Como esperado, a apresentação e a validação dos resultados obtidos potenciaram a reflexão sobre a ação baseada no “retrato” feito pelo investigador.

A receptividade da maioria dos enfermeiros à confrontação das questões fulcrais associadas aos principais resultados que emergiram possibilitou uma discussão direcionada para a definição de um plano de ação tendencialmente desenhado para a transformação do modelo de CE em uso, agora recentrados no subsistema familiar – CI e PD – como alvo e unidade de cuidados. No entanto, equacionado nos fatores identificados pelos enfermeiros como inibidores da sua participação no processo de mudança, em particular: i) a formação escassa sobre teorias e modelos que se constituem como referenciais dos CE no âmbito dos cuidados domiciliários e, em particular, na facilitação do processo de adaptação ao desempenho do papel de CI; ii) a falta de conhecimento e pouca ou nenhuma experiência de utilização da CIPE®; iii) a ausência de processos organizados e sistematizados orientadores da atividade diagnóstica e da prescrição de IE ajustadas à identificação das potencialidades e necessidades reais dos CI e PD; iv) as limitações de tempo associadas ao volume de trabalho na UCD podendo condicionar a participação no processo de mudança.

A proposta de inovação das práticas, avançada pelos enfermeiros, apresentou-se ancorada na co-construção de um modelo organizador do processo de prestação de cuidados dirigido ao desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais e afetivo-relacionais pelo FC como da reconstrução da autonomia para o AC da PD, sensível à cultura de cuidados da UCD, ancorado nos referenciais teóricos associados aos processos de transição e à dependência no AC e articulado com a CIPE®.

Da conjugação destes dados com a sistematização dos resultados obtidos com a intenção de transformação dos CE emergiu a questão central orientadora do processo de

mudança: Como gerar um modelo de CE que organize e oriente a avaliação das necessidades e a decisão sobre as IE simultaneamente sensíveis ao processo de transição para o desempenho do papel de CI e ao contexto clínico da UCD?

A questão emergente deu lugar a um debate participado, inscrito num clima de partilha, de paridade e de valorização mútua, pondo em prática o potencial dos intervenientes e de expansão da sua capacidade de criar os resultados desejados (Senge, 1990; Schön, 2000; Mezomo, 2001; Argyris, 2005; Alves, 2007; Carvalho, 2008). O debate levou à formulação de um plano geral constituído por duas etapas: i) o processo formativo e a ii) redefinição do modelo de cuidados em uso. Na consensualização destas etapas, como fundamentais e prioritárias para o processo de mudança, face a todas as sugestões aventadas, foram considerados os recursos organizacionais e o tempo referente ao desenvolvimento do projeto de investigação em curso, o qual não foi, de todo, cumprido, parcialmente por contingências associadas ao contexto e que abordaremos na parte deste relatório relativa à etapa de implementação da ação.

Para a etapa relativa ao processo formativo definiram-se como estratégias:

- i) a compilação, em dossier disponibilizado na UCD, de um conjunto de material sobre a Teoria das Transições de Meleis *et al* (2000), a Teoria do AC de Dorothea Orem (1995), o enquadramento da Rede de Cuidados Continuados e da própria UCD, e sobre a CIPE®;
- ii) a realização de cinco módulos de formação organizados em torno das temáticas: “A Rede de Cuidados Continuados Integrados”, “Famílias com dependentes no AC” e “A documentação dos cuidados de enfermagem”; no quinto módulo procedeu-se à “Síntese integradora dos vários conteúdos” (conforme plano em Anexo XII).

A estratégia desenhada para a etapa de redefinição do modelo de cuidados em uso consistiu na:

- i) identificação dos conceitos estruturadores dos CE e a sua transposição para a linguagem CIPE®;
- ii) identificação das IE relacionadas com o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais e afetivo-relacionais pelo FC e da reconstrução da autonomia da PD;
- iii) articulação e organização dos conceitos identificados pelas fases do processo de prestação de cuidados;
- iv) reestruturação dos padrões de documentação dos CE;
- v) elaboração de uma brochura de descrição do modelo de organização dos CE concebido como instrumento de apoio à sua aplicação e validação pelos enfermeiros;
- vi) realização de reuniões com a gestão de topo do CSPD no sentido de dar a conhecer o desenvolvimento e resultados do processo e de garantir as condições necessárias à sua consecução;

- vi) validação do modelo através da análise de casos e da sua utilização em novos casos admitidos na UCD;
- vii) avaliação do impacto.

A metodologia utilizada consistiu na reflexão em grupo (sobretudo) e no acompanhamento do investigador ao longo de todo o processo. A calendarização das reuniões de reflexão e dos momentos de acompanhamento pelo investigador foi definida em função das etapas estabelecidas no plano de ação e da necessidade demonstrada pelos enfermeiros. No sentido de promover a participação de todos os enfermeiros no processo de mudança, atendendo ao constrangimento de tempo apontado, decidiu-se pela constituição de um grupo nuclear responsável pela produção de propostas a serem reflectidas nas reuniões alargadas com todos os enfermeiros. A decisão sobre a constituição do grupo teve por base o voluntariado expresso pelos enfermeiros que vieram a integrar o grupo e a inclusão dos enfermeiros que já tinham participado na aplicação do formulário de caracterização das famílias por considerar-se estarem num patamar de conhecimento diferenciado em relação à restante equipa e por possuírem algum domínio na utilização da CIPE[®], quer por via da formação ao nível da licenciatura, quer por autoformação.

O plano de implementação da acção foi discutido e consensualizado em reunião com os enfermeiros, tendo sido apresentado ao Conselho de Administração do CSPD e, igualmente, discutido com o Núcleo de Formação Contínua da instituição. Após a sua aprovação deu-se início à 3ª etapa do processo de IA, referente à implementação das ações planeadas, conducentes à transformação das práticas de CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI.

7.2 –O processo formativo

Tendo sido uma necessidade apontada pelos enfermeiros como fundamental para o percurso da mudança, o processo formativo esteve, sobretudo, ancorado nos aspetos conceituais relacionados com a ação da enfermagem no sentido da facilitação da transição para o desempenho de papel de CI a pessoas com dependência no AC e a CIPE[®] como linguagem para a nomeação e documentação dos CE.

Assim, o processo formativo teve como propósito contribuir para a consolidação e ampliação do conhecimento sobre a problemática do desempenho do papel e da dependência no AC, de modo a iluminar o processo reflexivo de reorganização dos CE congruente com o contexto onde acontecem.

O plano de formação concebido (Anexo XII) partiu dos referenciais de enfermagem sobre os processos de transição, tomando como alvo de cuidados o FC de PD, considerando-

se igualmente as orientações internacionais e nacionais referentes aos CC, em particular os cuidados domiciliários e o enquadramento da própria UCD no contexto do CSPD.

Mais do que conceber um dispositivo de formação centrado na transmissão de conhecimentos, pretendeu-se a reflexão sobre aqueles referenciais em torno dos seguintes objetivos:

- i) Analisar o enquadramento dos cuidados domiciliários no contexto geral dos CC e a sua adequação, em particular aos CE na UCD;
- ii) Concetualizar os CE ao FC como área de desenvolvimento da enfermagem contemporânea e como âmbito de atuação da UCD;
- iv) Discutir a abordagem ao FC, centrada nos seus processos de transição para o desempenho do papel;
- v) Discutir estratégias de avaliação e de intervenção no âmbito da facilitação do processo de transição para o desempenho do papel de CI;
- vi) Analisar o contributo dos sistemas de informação no desenvolvimento das práticas de enfermagem centradas no FC de PD.

A formação organizou-se, inicialmente, em torno de cinco módulos, distribuídos por dez sessões, cujos conteúdos foram organizados por áreas temáticas, tal como consta do Anexo XII. A realização deste número de sessões prendeu-se com a necessidade de minimizar efeitos no normal funcionamento do serviço garantindo-se, assim, a presença de todos os enfermeiros em ativo no momento (20). Planearam-se duas horas semanais por cada grupo, perfazendo, no total, vinte horas distribuídas por cinco semanas.

Considerando o paradigma onde se plasmou o processo de investigação, assim como os objetivos definidos para o processo formativo, teve-se em conta, desde logo, a disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros para a experiência de aprendizagem, os contributos para o ajuste contínuo dos objetivos e metodologias de aprendizagem, a valorização da diversidade das experiências de cada interveniente e a orientação pragmática da aprendizagem a realizar (Mucchielli, 1981). Assim, a metodologia utilizada, associou métodos expositivos e ativos com discussão de estratégias de avaliação e de IE direcionadas aos clientes-alvo, bem como, o recurso à análise de casos. Previamente a cada sessão, solicitou-se aos enfermeiros que efectuassem uma leitura dos documentos referentes à temática a abordar (presentes no dossier já referido) de modo a potenciar a participação e discussão.

O primeiro módulo iniciou-se em outubro de 2011. Face à necessidade do aprofundamento de algumas temáticas, procedeu-se ao alargamento do número de sessões. Estando previstas cinco sessões, para o desenvolvimento dos cinco módulos, foram realizadas mais duas sessões de três horas, com cada um dos grupos. Estando

previsto o término do processo formativo para o final da primeira quinzena de novembro de 2011, só foi possível transitar para a etapa seguinte em dezembro.

O processo formativo foi dinamizado pela investigadora com a colaboração de alguns elementos da equipa de enfermagem, cuja participação possibilitou a ligação mais efetiva com o contexto e seus intervenientes.

O clima de respeito e de confiança mútuo, de cooperação, de abertura e de autenticidade em que o processo formativo se inscreveu facilitou a reflexão sobre as práticas, permitindo clarificar/aprofundar as percepções dos enfermeiros sobre os CE ao FC de PD, no âmbito da transição para o desempenho do papel.

Da reflexão gerada pelo processo formativo que culminou com a síntese integradora dos conteúdos abordados assumiu-se a Mestria no desempenho do papel como conceito nuclear estruturador dos CE, tanto como estado a potenciar, como resultado a atingir, na premissa de que: i) todos os CI são alvo dos CE dada a natureza dos CC, em particular, dos cuidados domiciliários a pessoas com dependência no AC; ii) o desenvolvimento de competências pelo FC é influenciado pela condição de saúde da PD assim como pelo seu envolvimento nos cuidados.

7.3 - A co-construção do modelo de CE

Decorrido o processo formativo previsto, passámos à implementação das estratégias definidas para a reorganização dos CE no âmbito da facilitação do processo de transição para o desempenho do papel de CI, etapa que decorreu de dezembro de 2011 a julho de 2012.

A metodologia utilizada para a concretização desta etapa reportou-se à técnica de debates em grupo através da reflexão sobre a ação, primeiro no grupo nuclear e, posteriormente, alargada aos subgrupos de enfermeiros, havendo sempre a preocupação de envolver a enfermeira chefe em todas as reflexões e tomadas de decisão já que seria o elemento de ligação e de legitimação das propostas geradas pelo processo com a direção de topo do CSPD. A discussão de situações reais de cuidados orientada pelas premissas e conceitos associados aos processos de transição e à dependência no AC e pela evidência produzida na fase diagnóstica do estudo contribuiu para a ampliação e validação da visão sobre os CE.

Desta forma, o processo de co-construção do modelo de reorganização dos CE foi plasmado na articulação dos conceitos do modelo de transições de Meleis *et al* (2000), da Teoria do Deficit de AC de Orem (1995) e dos contributos de Schmaker *et al* (2000) sobre a Mestria no desempenho do papel com os focos da prática de enfermagem

descritos na CIPE® versão 2¹³⁷. Com esta articulação considerámos ser possível um modelo de cuidados que, para além de permitir a incorporação de uma abordagem sistematizada ao FC no sentido do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel, possibilitasse a descrição dos cuidados produzidos e, simultaneamente, a identificação dos seus contributos.

A moderação dos debates realizados em subgrupos de enfermeiros foi da responsabilidade dos enfermeiros que constituíram o grupo nuclear de reflexão na perspetiva da maior proximidade com o contexto e com os pares, o que, considerámos, permitiria uma maior abertura e participação nos debates, assim como a continuidade dos trabalhos (Flick, 2005). Os dinamizadores da equipa tiveram um papel central na interligação destes processos, constituindo-se também como elementos fulcrais na motivação da equipa, pela sua capacidade de induzir a reflexão a partir dos contextos da acção. A presença do investigador nos debates foi essencialmente de facilitador e de estimulador da reflexão.

A opção por uma metodologia de discussões temáticas, primeiro por grupo nuclear de reflexão e, posteriormente, por pequenos grupos de enfermeiros emergiu da necessidade de agilizar o processo, tendo em conta os constrangimentos de tempo apontados pelos enfermeiros.

Assim foram realizadas reuniões semanais com o grupo nuclear de reflexão com uma duração média de três horas e com uma média de presenças por reunião de sete enfermeiros, o que garantiu a participação de toda a equipa em ativo (20) no desenvolvimento do processo. A calendarização das reuniões de debate com os subgrupos de enfermeiros foi sendo consensualizada com a enfermeira chefe e com os próprios.

Ao longo deste percurso, algumas contingências foram surgindo que determinaram alterações do plano inicial previsto implicando atrasos no seu desenvolvimento. Considerámos como significativas quer a alteração na constituição da equipa de enfermagem (por gravidez, saída de enfermeiros para outras unidades do CSPD, integração de novos enfermeiros na UCD e por ausências prolongadas dos enfermeiros a realizarem o seu percurso de formação especializada em enfermagem durante a investigação), quer a reestruturação das zonas de trabalho em termos de áreas geográficas e de distribuição dos enfermeiros por zona.

A integração dos novos enfermeiros (seis), face à saída de outros durante o processo de mudança, que não participaram nas fases até então desenvolvidas, foi ultrapassada pela

¹³⁷ Não obstante tenhamos começado por utilizar a versão 1.0, optámos pela versão 2 dada a sua publicação, ainda, durante a realização deste processo.

realização de reuniões com o intuito de apresentação do trabalho desenvolvido, simultaneamente, constituindo-se como um contributo “cego” para a validação das decisões tomadas até então dado o distanciamento do processo. Por outro lado, o próprio procedimento de integração levou à estimulação da reflexão sobre os CE com contributos para a investigação, em particular, para o envolvimento e participação nas reuniões de debate.

E - “Estarmos com este trabalho entre mãos altera a rotina da integração... antes era muito: faz-se isso e aquilo...faz-se assim... agora tenho que lhe dizer a diferença entre o que era e o que agora estamos a fazer e, damos por nós e estamos a discutir coisas da enfermagem.”

(NC junho de 2012)

A realização de formação por alguns enfermeiros da equipa constituiu-se como um contributo significativo para a reorganização dos CE sobretudo nos aspetos relacionados com o AC e a reabilitação funcional.

A reestruturação das zonas de trabalho e redistribuição dos enfermeiros por zona levou a alguns atrasos no plano previsto pela necessidade manifestada pelos enfermeiros em estarem “*mais livres*” para se apropriarem da especificidade do contexto e dos clientes.

Sempre que atingido o consenso no grupo nuclear, alargou-se o debate a todos os subgrupos de enfermeiros no sentido de, por um lado, validar as decisões tomadas e, por outro, ampliar e integrar perspetivas mais consentâneas com a complexidade do contexto. As discussões em subgrupos foram antecedidas pela disponibilização de brochuras de compilação dos consensos atingidos e das decisões tomadas no percurso respetivo e de outros documentos considerados importantes para a compreensão da proposta apresentada para discussão. A disponibilização destes dispositivos pretendeu estimular a reflexão que se pretendia participativa e integradora.

Ao longo de todo o processo de co-contrução do modelo de reorganização dos CE houve a preocupação de produção de notas de campo e de memos após cada interação o que nos permitiu não só a validação sobre o processo em curso e a sua monitorização como também produzir *insights* que contribuíram para o enriquecimento da reflexão e orientação do desenvolvimento do processo.

O recurso a elementos exteriores ao contexto com conhecimento acrescido sobre a problemática da transição para o desempenho do papel de CI de PD foi uma estratégia também utilizada em pontos-chave do processo de conceção do modelo de reorganização dos CE, assim como, na fase final da matriz de articulação e organização dos seus elementos, com vista à obtenção de contributos para o seu aprofundamento e validação

7.3.1 - Os focos de atenção e as IE

Em grupo nuclear de trabalho partiu-se para a discussão dos conceitos relacionados aos CE tendo em conta as premissas já assumidas para a conceção do modelo não sem antes ter sido definido com os restantes enfermeiros da equipa o compromisso de reflexão individual, ou com o colega da “zona de trabalho”, procedendo ao registo dos aspetos por eles considerados importantes e necessários discutir nas reuniões alargadas.

De forma livre – em linguagem natural – discutiram-se os conceitos e, posteriormente, procedeu-se à sua transposição para os termos do eixo do “foco” da CIPE®.

Da discussão em grupo nuclear foi criada uma brochura com a compilação dos focos definidos que foi disponibilizada aos enfermeiros, sendo-lhes solicitado que para cada um deles emitissem o seu acordo/desacordo com a finalidade de obter o seu julgamento acerca da sua validade, aplicabilidade e exequibilidade no contexto da ação de transformação dos CE na transição para o desempenho do papel de CI.

Esta estratégia, como pretendido, permitiu validar as áreas de atenção definidas, nomeadamente pela exploração dos dissensos encontrados assim como enriqueceu a discussão pela estimulação do espírito de pesquisa que se reflete nos excertos que reproduzimos:

E - “Bem, isto deu mais trabalho do que aquilo que estava à espera, porque em muitos dos casos tive que ir ver o que é que queria dizer, para ver se era o que queríamos”

E - “Eh, Enf.^a Carmen o trabalho que nos veio dar... Muito tive que ler... mas, oiça, tem sido um trabalho de grande aprendizagem...”

E - “Neste últimos dias consultei a CIPE como nunca o pensei fazer... mas é interessante...”

(NC janeiro de 2012)

Os debates realizados com o grupo alargado de enfermeiros permitiram a estabilização do consenso acerca dos focos de atenção dos CE (Anexo XIII), verificando-se, agora, ao contrário do constatado pela análise à documentação dos CE, a superiorização de focos relacionados com o FC (130) face à PD (95). Anota-se a sobreposição verificada dos focos consensualizados com áreas de atenção emergentes do diagnóstico (fatores relacionados e padrão de desempenho do papel identificado; compromissos dos processos corporais).

Enquanto os focos de atenção relacionados ao “conhecimento”, “capacidades” (CI) e “processos corporais” (PD) foram os que geraram maior consenso, por outro lado, a maioria dos dissensos situou-se naqueles relacionados ao auto-conhecimento/auto-conceito e ao “AC”. A discussão incidiu sobre os dissensos e sobre os fenómenos não encontrados na análise à documentação dos CE - fase diagnóstica -, estabilizando na manutenção da maior parte dos focos em discussão.

Da reflexão emergiu como premissa que o desempenho do papel com garantias de sucesso no sentido da Mestria requer que CI e PD redefinam prioridades, expectativas e

projetos em função das mudanças operadas pela assunção do papel e pela situação de dependência no AC. Esta premissa determinaria a dinâmica do processo de prestação de cuidados na medida em que se constituiria como uma condição para o desenvolvimento de competências instrumentais no desempenho do papel, assim como de capacidades necessárias à reconstrução da autonomia no AC.

Os dissensos na área de atenção relacionada ao “AC” situaram-se no alcance de resultados dos CE. Para os enfermeiros, dadas as características da população da UCD, a resposta aos cuidados dificilmente seria no sentido da diminuição da dependência o que poderia por em causa a sua eficácia. A conservação desta área de atenção foi legitimada pelo resgate da discussão sobre a finalidade dos CE procedendo-se à sua clarificação: os CE assumem como propósito a identificação, manutenção e/ou desenvolvimento do potencial de desempenho de atividades de AC, mesmo que tal não signifique a alteração na dependência global.

E - “Pois, é que a gente quando vai a casa dos doentes vai com a ideia que eles têm que ser substituídos em tudo. Mas a verdade é que com os resultados que a Enf.^a Carmen nos apresentou, a gente consegue ver que há coisas que eles podiam fazer sozinhos, mesmo que sejam pequenas ”

E - “Mas isto tem a ver com o fato de partirmos logo do score da escala de Barthel. Pronto, é totalmente dependente... Então temos que fazer tudo...”

(NC janeiro de 2012)

Esta reflexão em particular determinou a decisão sobre a substituição da utilização da escala de *Barthel* como instrumento de avaliação do nível de dependência, sendo novamente retomada na discussão sobre a reorganização da fase de avaliação do processo de prestação de cuidados.

O elenco de focos identificados provocou preocupação e receio por parte dos enfermeiros, pela quantidade e pela novidade, pelas implicações ao nível da documentação e da apropriação e integração na prática diária de cuidados. Este “sentir” dos enfermeiros levou à colocação das seguintes questões: Serão todos os focos realmente necessários? Haverá possibilidade de aglutinação de focos? Como organizar os CE em torno de uma quantidade tal de focos - ingerível do ponto de vista dos enfermeiros – de modo a conceber um modelo de CE exequível e que melhor responda às necessidades dos clientes?

Estas questões foram assumidas pelos enfermeiros como pontos de reflexão, enquadrados na prática diária de cuidados, a serem retomadas na discussão sobre a reorganização do processo de prestação de cuidados.

Terminada a discussão sobre os conceitos associados aos CE no âmbito da facilitação para o desempenho do papel de CI, procedeu-se à reflexão sobre as IE mantendo a metodologia até então adotada.

Inicialmente, e em linguagem natural, produziram-se enunciados de IE mantendo presente a necessária articulação com os focos de atenção consensualizados na etapa anterior. Posteriormente, efetuou-se a transposição das IE para a CIPE[®], totalizando 476 enunciados, dos quais 143 de ações do tipo “Atender”, 232 do tipo “Informar”, 71 do tipo “Executar” e 30 do tipo “Gerir” (Anexo XIV). Para o efeito, assumiram-se como referenciais de apoio à reflexão os trabalhos desenvolvidos por vários autores relacionados com as terapêuticas de enfermagem no âmbito da transição para o desempenho do papel de CI e da dependência no AC, em particular os de Swenden *et al.*, 1978; Allen & Van de Vliert, 1984; Kelly e Lakin, 1988; Shumacher & Meleis, 1994; Mc Cracken, 1994; Moneyham & Scott, 1995; Shumacher *et al.*, 1999; Schumacher, Jones & Meleis, 1999; Meleis, 2010; Naylor & Van Cleave, 2010. De acordo com as ideias que iam emergindo dos debates, recorreu-se a outras fontes bibliográficas de referência nos CE (Potter & Perry, 2006; Bolander, 2010; Carpenito, 2011) sobretudo nas IE relacionadas com os processos corporais, sendo a *Nursing Interventions Classification* (McClosKey & Bulechek, 1996) particularmente importante.

A quantidade de IE enunciadas (476) requereu a sua aglutinação em enunciados mais abrangentes que, se descontextualizados, corriam o risco de se tornarem desprovidos de sentido; no entanto, não acontecendo quando articulados com o DE respetivo, que exemplificamos de seguida:

Intervenção de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem
Informar sobre dispositivos	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime medicamentoso
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime dietético

Na reflexão sobre as IE, um aspeto particular do debate com os enfermeiros justificou, igualmente, a sua redução em número:

E - “Enfª Carmen, estas ações é preciso estarem, assim, todas discriminadas? Eu não estava a pensar que era assim... Isto é um nunca mais acabar...”

I - “Julgo que esta é uma decisão que vocês têm que tomar... Têm sugestões?”

E - “Eu acho que há aqui ações que se podem juntar só numa porque são a especificação de uma maior que a gente, até, mentalmente já sabe que faz parte dela... e há outras que a gente já tem a norma...”

(NC fevereiro de 2012)

Deste modo, procedeu-se, igualmente, à agregação de IE de grande especificação em enunciados de maior abrangência, sendo definidos alguns procedimentos específicos das intervenções ou estabelecida a sua articulação com normas de procedimentos já em uso na UCD, no sentido da sua homogeneidade concetual e da facilitação da tomada de decisão no contexto interaccional com o cliente. Os próprios enfermeiros, tendo em conta critérios locais, definiram as ações que poderiam agrupar num só enunciado, criando como entendido e quando adequado um procedimento/guia orientador onde se incluíram

atividades frequentemente necessárias para concretizar a intervenção de maior abrangência. Neste sentido, foi de grande apoio o Manual de Normas de Enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde (Veiga, Henriques, Barata, Santos, Martins, Coelho & Silva, 2011).

7.3.2 - O processo de prestação de cuidados

Adoptando a metodologia já utilizada nas etapas anteriores (reflexão em grupo nuclear, elaboração de proposta, reflexão alargada aos enfermeiros) a organização do processo de prestação de cuidados efetuou-se pela articulação dos focos de atenção e das IE consensualizadas com as fases que constituem o processo de enfermagem, enquadrado nos conceitos e pressupostos plasmados nos referenciais teóricos que orientaram a conceção do modelo de reorganização dos CE.

Assim, evoluiu-se para a organização do processo de prestação de cuidados, primeiro, pela organização do processo de avaliação das necessidades do cliente tendo em conta os fatores que condicionam o desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel - fundamental para a individualização dos cuidados - e, posteriormente, pela estruturação da tomada de decisão sobre os diagnósticos e IE.

No desenvolvimento desta etapa deparámo-nos com a necessidade de revisitar o processo de enfermagem enquanto método eficiente de sistematizar os processos de pensamento para a tomada de decisão em enfermagem e de proporcionar as condições para a individualização e implementação de CE, assim como meio de acarretar benefícios tanto para os clientes como para os enfermeiros, a enfermagem e as instituições de saúde (Doenges & Moorhouse, 1992). Assim, antecedemos a discussão sobre a reorganização do processo de prestação de cuidados na UCD com a discussão sobre os construtos associados ao processo de enfermagem de forma a clarificarmos e acertarmos posições.

No grupo nuclear decidiu-se orientar a discussão no sentido de agregar os focos de atenção anteriormente consensualizados por áreas de atenção *major* associadas ao FC e à PD na medida em que se considerou facilitar a organização do processo de avaliação enquanto etapa do processo de enfermagem. As áreas de atenção *major* identificadas enquanto processo a desenvolver e resultado a atingir pelos clientes vieram a constituir-se como os domínios de avaliação, inicial e contínua, no *continuum* da prestação de cuidados.

Organizados os focos por áreas de atenção a discussão assumiu uma trajetória orientada para a enunciação de DE agregados pelas mesmas áreas. Alguns dos focos anteriormente definidos não foram alvo de enunciado diagnóstico já que o consenso no

grupo foi, tal como já tinha acontecido com as IE, considerar-se constituírem especificações de um DE de maior abrangência como seguidamente se exemplifica:

DE enunciado
Défi ce de conhecimento sobre o regime medicamentoso
Focos agregados no DE
Conhecimento sobre o regime de medicamentos prescritos
Conhecimento sobre a acção, efeitos secundários, precauções dos medicamentos
Conhecimento sobre o potencial de interacção dos medicamentos
Conhecimento sobre o procedimento/técnica de administração dos medicamentos
Conhecimento sobre a técnica de injeção de insulina
Conhecimento sobre a monitorização do efeito dos medicamentos
Conhecimento sobre o armazenamento de medicamentos e tratamento dos não utilizados

Estabilizada a discussão no grupo nuclear, alargamos a reflexão aos grupos de enfermeiros, não sem antes submeter a proposta de modo a proporcionar uma análise prévia realizada individualmente ou com o colega da “zona de trabalho” que potenciase o aprofundamento da discussão em grupo.

Um dos aspetos que levou a maior discussão situou-se ao nível do juízo clínico utilizado relativamente a alguns focos, em particular o “défi ce” aplicado aos focos “conhecimento” e “capacidades”:

E- “Enfª Carmen uma das dificuldades que tínhamos apontado no nosso trabalho foi o facto de termos cuidadores idosos, já com limitações físicas e com algumas dificuldades de aprendizagem... o défi ce nestes pode não ser resolvido...e isto, julgo que enviesa o resultado do nosso trabalho...por outro lado há que encontrar soluções... nem que seja dar a conhecer que há gente que não tem condições para ser cuidador...”

I - “Já pensou em alguma forma de salvaguardarmos isto?”

E - “A gente na altura daquela formação da CIPE falamos no potencial de desenvolvimento... parece que faz sentido... julgo que assim se percebe quem são os cuidadores que reúnem condições para poderem aprender...”

(NC março de 2012)

Outra das discussões desenvolveu-se em torno dos focos que integraram o elenco anteriormente discutido e consensualizado e que agora não foram alvo de atribuição de juízo clínico: que fazer com eles?

E- “Então aqueles focos, por exemplo do conhecimento e das capacidades que não estão aqui háo-de servir para a gente avaliar se a pessoa tem ou não tem conhecimento... se possui ou não a capacidade...”

(NC março de 2012)

A tomada de decisão diagnóstica foi mais uma das questões dominantes na reflexão sobre os DE: como garantir rigor neste processo? Como evitar que a mesma decisão diagnóstica não resulte em interpretações diferentes sobre dados semelhantes?

E_x - “O que eu vou dizer não quero que seja entendido de forma negativa, até porque já não era sem tempo que devíamos estar a trabalhar com DE. Agora o meu receio é que se não tivermos critérios o mesmo diagnóstico pode ser usado em casos diferentes. Por exemplo, os médicos para dizerem que o doente tem uma infeção urinária têm que comprovar que alguns dados estão presentes...”

Memo (março 2012): na organização do processo de prestação de cuidados há que ter em conta: i) uma lógica de juízo clínico que salvguarde o(s) resultado(s) passíveis de

atingir em função das características específicas dos clientes; ii) a relação dos focos não utilizados nos enunciados diagnósticos com os dados de avaliação; iii) a definição de critérios de apoio à tomada de decisão diagnóstica; iv) IE que respondam às situações em que o desempenho do papel possa estar comprometido por limitações relacionadas com a sua capacidade cognitiva e/ou física.

Estes aspetos constituíram pontos-chave para a continuidade do trabalho em grupo nuclear sendo assumidos pelos enfermeiros como áreas de reflexão até aos próximos debates.

Assim, o trabalho subsequente desenvolvido no grupo nuclear para posterior discussão com o grupo alargado de enfermeiros organizou-se em torno de dois eixos: i) definir os dados de avaliação por cada área de atenção; ii) definir os critérios para a tomada de decisão diagnóstica.

Para cada DE foram definidos os indicadores para a tomada de decisão diagnóstica que simultaneamente se constituíram como dados de avaliação. A reflexão sobre estes dados necessariamente encaminhou-se para a tomada de decisão sobre que instrumentos de avaliação adicionais (escalas) deveriam ser adotadas no sentido de trazer maior rigor à avaliação do foco de atenção em causa.

Avançou-se para uma proposta de duas matrizes: uma que reunisse os dados de avaliação organizados pelas áreas de atenção *major* e outra que se constituísse como instrumento de apoio à tomada de decisão diagnóstica, tornando-se visível a sobreposição entre dados de avaliação e dados para o juízo diagnóstico assim como a complementaridade no raciocínio clínico.

A análise destas propostas com o grupo alargado de enfermeiros fez-se pela disponibilização prévia das matrizes, pela exploração dos contributos decorrentes da apreciação feita pelos colegas e pela simulação da sua aplicação a partir de casos clínicos da UCD.

A discussão alargada com os enfermeiros centrou-se, sobretudo, em torno dos dados de avaliação no âmbito do auto-conhecimento e auto conceito, designadamente a “consciencialização sobre o desempenho do papel” (CI) e a “consciencialização sobre o estado de saúde” (PD). Neste sentido, utilizou-se a estratégia do estudo de caso no sentido do refinamento e consenso sobre estas áreas, tendo derivado para a enunciação de possíveis questões orientadoras da entrevista ao FC e PD.

Simultaneamente à finalização da versão do modelo de avaliação, foi elaborado um documento explicativo de cada uma das categorias e respectivos indicadores de avaliação.

A partir dos estudos de caso, cuja finalidade era a avaliação fundamentada na estrutura concetual construída, foi possível incorporar nos debates uma visão mais ampla e aprofundada das dificuldades surgidas e do seu contributo para a identificação das necessidades do FC.

A estruturação da tomada de decisão diagnóstica, assumindo uma perspetiva de articulação interactiva e dinâmica com a avaliação, decorreu da associação de critérios de decisão a cada DE, organizados em subconjuntos por área e subárea de atenção, os quais (critérios) decorrem da atribuição de juízo clínico aos dados de avaliação do foco do enunciado diagnóstico respetivo. Do mesmo modo, por cada DE criaram-se conjuntos de IE (Diagrama 9).

Conhecimento para/no desempenho do papel	
Foco	Processo de doença do FD
Juízo	Potencial de desenvolvimento/Défice/Adequado
Critérios diagnósticos	<p>Potencial de desenvolvimento se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia Disponibilidade para aprender demonstrada</p> <p>Défice se: Conhecimento não demonstrado sobre: Causas de doença Sinais e sintomas da doença Complicações associadas à doença Curso usual da doença Medidas para minimizar a progressão da doença/complicações</p> <p>Adequado se: Conhecimento demonstrado</p>
Diagnósticos de Enfermagem	
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o processo de doença do FD Défice de conhecimento sobre o processo de doença do FD Conhecimento sobre o processo de doença do FD adequado	
Intervenções de Enfermagem	
Encorajar expectativas Estabelecer limites do desempenho de papel (...)	

Diagrama 9 – Exemplo de estrutura de orientação na tomada de decisão sobre os CE

Nesta etapa, retomou-se a avaliação enquanto fase do processo de prestação de cuidados, procedendo-se à enunciação de resultados de enfermagem (RE) para cada DE definido.

A discussão gerada sobre os resultados de enfermagem (RE) foi de grande entusiasmo pela percepção por parte dos enfermeiros do potencial de produção de indicadores associados aos CE.

Recordamos que uma das maiores motivações dos enfermeiros para a reorganização dos CE consistiu na possibilidade de se criar um modelo que, para além de trazer implicações na qualidade dos CE prestados aos clientes, pudesse contribuir para a visibilidade da sua ação profissional, em particular pela identificação de ganhos em saúde obtidos por via dos cuidados que prestam.

7.3.3 - Os padrões de documentação

Concluída a etapa de reorganização do processo de prestação de CE, os debates encaminharam-se para a definição dos padrões de documentação congruentes com as decisões tomadas, simultaneamente atendendo à viabilidade de utilização na prática clínica.

A elaboração do impresso para a avaliação inscreveu-se na preocupação de responder ao fenómeno e às características da população a que se destina, bem como às particularidades e necessidades da equipe de enfermagem da UCD. Assim, na observância das decisões tomadas nas etapas anteriores, em particular na respeitante à organização do processo de avaliação enquanto fase do processo de prestação de cuidados agregaram-se os dados de caracterização pelas áreas de atenção *major* definidas. Privilegiou-se uma lógica facilitadora da articulação dos dados com a tomada de decisão diagnóstica e a prescrição das IE que, na opinião dos enfermeiros, constitui factor para o não preenchimento dos campos do “*Instrumento de colheita de dados*”, tal como identificado na fase diagnóstica deste estudo.

No percurso de elaboração do impresso emergiram aspetos que, embora não relacionados com a inferência diagnóstica, constituíram-se como dados a colher pela influência que, *à priori*, possam ter nas IE (exemplo: idade do FC; coabitação com a PD, etc). Deste modo, o impresso para a apreciação inicial, globalmente, constitui-se por três partes (que consta da matriz operativa do *MAMCI* – Anexo XVI):

- i) dados de caracterização sóciodemográfica da família, do FC e da PD;
- ii) dados de caracterização da situação de transição do FC organizados pelas áreas de atenção *major* definidas: i) “*Aceitação do papel*”; ii) “*Conhecimentos para o desempenho do papel*”; iii) “*Capacidades para o desempenho do papel*”;
- iii) dados de caracterização da situação de transição da PD organizados pelas áreas de atenção *major* definidas: i) “*Aceitação do estado de saúde*”; “*Autocuidado*”; “*Processos corporais*”.

Sobre o plano de cuidados, enquanto impresso onde se organizam os dados referentes à tomada de decisão de enfermagem, as reflexões incidiram, primeiro, na identificação de estratégias facilitadoras da sua implementação de modo a promover a sua utilização pelos enfermeiros, repensando o impresso já existente na UCD (“*Plano de intervenção*”)

à luz do trabalho desenvolvido. A tomada de decisão encaminhou-se para a adoção de “*planos tipo*” onde DE, IE e RE são estruturados por área de atenção (Anexo XV), relacionados horizontalmente, em que os enfermeiros documentarão, do que está pré-impresso, o que for adequado à situação clínica em concreto. O espaço para texto, para possibilitar aos enfermeiros documentar os diagnósticos e IE específicos de cada situação de cuidados, consensualizou-se manter no impresso já em uso na UCD, “*Folha de registo de cuidados*”. A reflexão sobre a apresentação vertical do plano de cuidados de modo a obviar a repetição de IE e/ou despertar para incompatibilidades entre elas quando prescritas de forma compartimentada (por DE) não recebeu grande consenso pela maior identificação dos enfermeiros com o formato horizontal. No entanto, esta possibilidade não ficou de todo encerrada:

E - “Quando estivermos mais familiarizados com este formato se calhar já estamos prontos para introduzir mais esta mudança...”

(NC junho de 2012)

Regista-se o facto de que as reflexões sobre a construção dos padrões de documentação se traduziram em novas oportunidades de discussão e validação do modelo concebido, igualmente fazendo emergir questões sobre a sua operacionalização, nomeadamente a funcionalidade e interligação das diferentes etapas do processo de prestação de cuidados permitindo clarificar dúvidas e refinar consensos.

A alteração dos padrões de documentação, assim como a autorização para a sua utilização pela UCD, foi obtida junto dos órgãos de gestão do CSPD. A integração de novos instrumentos de avaliação foi, igualmente, autorizada; em particular o instrumento relativo à avaliação do nível de dependência no AC, porque exigia a alteração do critério *major* de admissão à UCD, implicando a sua reformulação e divulgação junto das unidades de saúde do CSPD.

Finalizada esta etapa procedeu-se à elaboração do manual de apoio à implementação do modelo que foi disponibilizado aos enfermeiros de modo a minimizar dificuldades na etapa seguinte.

7.3.4 - A validação do modelo na prática clínica

Após a conclusão do processo de reflexão sobre a estrutura dos padrões de documentação, passámos à etapa de validação do modelo de reorganização dos CE na prática clínica.

Da reunião de apresentação, discussão e validação do modelo de reorganização dos CE emergiram como sugestões de ação, na opinião dos enfermeiros, fundamentais para esta etapa:

i) a elaboração de um manual de apoio à implementação do modelo de reorganização dos CE;

- ii) a aplicação do modelo no contexto clínico dos CE aos novos clientes admitidos à UCD e posterior discussão sobre a sua funcionalidade;
- iii) anteceder a sua aplicação com o treino da sua utilização a partir de casos já admitidos na UCD, revivendo o processo de prestação de cuidados orientado pelo modelo então concebido;
- iv) o acompanhamento do investigador em momentos a serem definidos em função do ritmo da aplicação do modelo na prática, definindo-se que por cada admissão efetuada seria realizada a discussão o mais próximo possível do acontecimento.

A aplicação do modelo decorreu de julho a outubro de 2012, a um total de 12 clientes. As reuniões realizadas com uma média bissemanal possibilitaram o acompanhamento do processo de implementação do modelo permitindo identificar e contornar dificuldades encontradas no contexto real da prática clínica. Além das dificuldades clarificaram-se e validaram-se questões conceituais referentes à utilização do modelo e especificidades no âmbito das IE.

Terminada esta etapa, realizou-se nova reunião com os órgãos de gestão do CSPD, agora, com a apresentação integral do modelo de reorganização dos CE co-construído na UCD. Nesta altura os padrões de documentação dos cuidados definidos pela equipa de enfermagem foram formalizados pelo CSPD sendo integrados na prática clínica diária.

7.4 - O Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal

Convencidos da importância do percurso interaccional e co-evolutivo realizado que situa o *MAMCI* tanto no processo como no resultado, faremos uma descrição particularizada, tentando dar relevo aos aspetos que julgamos traduzir as suas componentes dinâmicas e integradoras, face à complexidade que os processos de transição acarretam.

O nosso objetivo face à descrição do modelo co-construído é apresentá-lo como um marco fundamental no processo de mudança desenvolvido, não só por estar suportado nos pressupostos teóricos associados às transições, em particular às transições para o desempenho do papel de CI e para a dependência no AC, mas também pelas características do contexto da ação profissional a CI de PD na UCD do CSPD.

A razão para o desenvolvimento do *MAMCI* foi fornecer aos enfermeiros uma estrutura concetual e operativa que permitisse a avaliação e intervenção sistemática e contínua centrada nas áreas de atenção associadas ao desenvolvimento/alcance da Mestria no desempenho do papel de CI, concetual e clinicamente relevantes para a ação profissional de enfermagem.

A designação como *MAMCI* incorpora o conceito central que orientou as reflexões para o seu desenvolvimento, assim como transmite a visão dos intervenientes sobre a ação profissional da enfermagem no âmbito da transição para o desempenho do papel de CI.

Com ele, julgamos possibilitar o planeamento de intervenções, de forma colaborativa, visando dar resposta às potencialidades e necessidades identificadas na situação de transição, promovendo o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais e afetivo-relacionais, próprias da Mestria no desempenho do papel.

Constitui, então, uma moldura concetual e organizativa para a melhoria dos CE de apoio ao desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel de CI de PD oferecendo uma estrutura orientadora das fases intelectuais do processo de enfermagem que se pretendem sequenciais, inter-relacionadas e circulares. Com base na identificação dos conceitos empiricamente associados aos CE, no domicílio, a CI de PD consiste num meio de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem sobre as intervenções consideradas de maior relevância para os próprios (CI e PD).

Orientado pelas definições e pela matriz de estrutura operativa, o *MAMCI* oferece aos enfermeiros explicitações sobre os elementos a ter em conta na compreensão - avaliação - do processo de transição para o desempenho do papel de CI, fornecendo o contexto para o planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem. Partindo da avaliação das condições facilitadoras e/ou dificultadoras do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel de CI, avança para a tomada de decisão diagnóstica e para a prescrição das IE que as potencializem e/ou ultrapassem, retomando a avaliação dos resultados atingidos por via dos CE.

No *MAMCI* assumiu-se como princípio que o desempenho do papel de CI é uma realidade complexa que ultrapassa o apoio à PD na realização das suas atividades de vida diária, estando inerente a intenção e a responsabilidade providenciar o “*melhor cuidado*”. Neste contexto, a transição para o desempenho do papel de CI assenta no reconhecimento e compreensão de si próprio e com os outros enquanto exercendo esse papel, requerendo o desenvolvimento e aprendizagem de novos comportamentos, conhecimentos e capacidades, processo sobre o qual a enfermagem assume papel central. Assim, considerando o FC como unidade de cuidados - ser físico, existencial e relacional, ator e autor ativo do processo de transição - o foco é tanto no próprio individualmente quanto na sua interação com a PD e destes com os membros da família.

Deste modo, os CE centrados no FC de PD, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem compreensiva e colaborativa que rentabilize as suas forças e tenha em conta as suas dificuldades reconhecendo o potencial para o desempenho do papel com Mestria.

A Mestria – núcleo central do *MAMCI* e finalidade última da ação profissional de enfermagem – é definida como um processo contínuo e progressivo de desenvolvimento e de aquisição de competências cognitivas, instrumentais e afetivo-relacionais próprias

do efetivo desempenho do papel, no sentido de providenciar o “*melhor cuidado*” com benefícios para o próprio e para a reconstrução da autonomia no AC da PD.

Enquanto processo a potenciar e resultado a alcançar, a Mestria no desempenho do papel é condicionada por atributos pessoais - fatores intrínsecos ao FC – e por atributos relacionados ao contexto de cuidados – fatores extrínsecos ao FC -, situados em domínios cognitivo, psicológico, físico e socioeconómico que relevam da Teoria das Transições de Meleis *et al* (2000) em particular das condições nela apontadas como facilitadoras e/ou inibidoras de processos desta natureza e que se consideraram como clinicamente relevantes para o contexto onde o *MAMCI* se desenvolveu (Diagrama 10).

O reconhecimento pelos enfermeiros destes fatores para a tomada de decisão sobre os CE constitui uma premissa associada ao *MAMCI*. Conhecer, compreender e interpretá-los, no contexto da ação profissional orientada para o desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel, facilita a interação enfermeiro/CI contribuindo para a eficácia dos CE.

No *MAMCI* são consideradas como condições pessoais, facilitadoras e/ou dificultadoras da transição para o desempenho do papel, com efeitos no nível do envolvimento do FC no processo de desenvolvimento/alcance da Mestria (Diagrama 10):

- i) a perceção sobre o papel definida como o reconhecimento e interpretação que os cuidadores fazem acerca da situação de transição e dos significados - positivos e/ou negativos - atribuídos;
- ii) a atitude face ao desempenho do papel, entendida como as expectativas em relação a si próprio e àqueles com quem interage na situação de cuidados (PD, família e serviços de apoio), as crenças de autoeficácia e a gestão das emoções geradas pelo desempenho do papel;
- iii) o potencial de desempenho do papel determinado pelo conhecimento e capacidade adquirida por experiências anteriores de cuidado ou outras, pela capacidade de “adquirir (novos) conhecimentos ou habilidades por meio do estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência” (OE, 2011, p. 39) e pela própria condição física, mediada pela etapa do ciclo vital e pela existência, ou não, de condições crónicas.

As condições facilitadoras e/ou dificultadoras da transição para o desempenho do papel de CI associadas ao contexto de cuidados referem-se:

- i) ao *status* socioeconómico determinado pelo rendimento familiar decisivo no acesso aos recursos para o cuidado e/ou aos cuidados de saúde, e as condições habitacionais;
- ii) ao apoio ao desempenho do papel, relacionado com o leque e acessibilidade de/a recursos sociais e técnicos disponíveis na zona de residência;

iii) à condição de saúde da PD, condição de contexto de maior impacto na transição para o desempenho do papel, determinada pelo compromisso/envolvimento da PD com os cuidados, pela sua capacidade funcional e saúde física.

A exploração das condições associadas ao FC e ao contexto de cuidados, facilitadoras e/ou dificultadoras do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel, constitui a base para a tomada de decisão diagnóstica e para a prescrição das IE sensíveis aos determinantes da transição constituindo um dos três domínios de terapêuticas de enfermagem integradas no *MAMCI* - a *“avaliação da transição”*. A *“preparação para o desempenho do papel”* e o *“apoio/suporte ao desempenho do papel”* são os outros dois domínios de terapêuticas de enfermagem definidas no modelo. Esses domínios, articulados com a taxonomia CIPE® versão 2, reportam ações do tipo “Determinar”, “Apoiar”, “Informar”, “Gerir” e “Executar” (Diagrama 10).

A *“preparação para o desempenho do papel”* corresponde a intervenções inscritas no âmbito do processo de aprendizagem dos comportamentos, conhecimentos e capacidades requeridos pela responsabilidade da assunção do papel.

O *“apoio/suporte ao desempenho do papel”* refere intervenções inscritas na ajuda ao FC a ser bem-sucedido na concretização das responsabilidades inerentes ao cuidado da PD e na antecipação de eventos críticos que possam por em causa a transição

O impacto esperado pela implementação das terapêuticas de enfermagem corresponde a padrões de resposta do FC reveladores da *“Aceitação do papel”*, de *“Conhecimento”* e de *“Capacidades”* para o desempenho do papel, considerados no âmbito do *MAMCI* como indicadores do desenvolvimento e alcance da Mestria. Reconhecendo-se que a saúde da pessoa que é cuidada está, até determinado ponto, dependente do nível de *Mestria* do FC no desempenho do papel esperam-se, igualmente resultados ao nível da PD, traduzidos no modelo pela *“Aceitação do estado de saúde”*, pela manutenção/reconstrução da autonomia para o “AC” e pela conservação dos *“processos corporais”* (Diagrama 10).

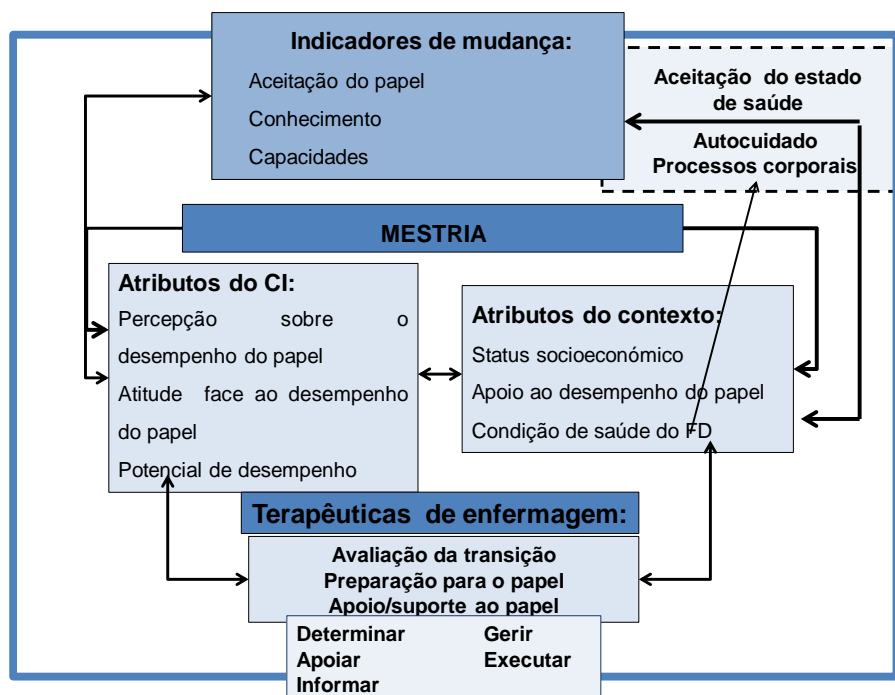


Diagrama 10 – O Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal

É a partir dos padrões de resposta definidos no *MAMCI* como “áreas de atenção que são relevantes para a enfermagem” (OE, 2011, p.35) que se estabelece o âmbito onde são desenhados os CE. A sua articulação com os determinantes da Mestria, estabelece as suas dimensões e propriedades, organizadas em subáreas de atenção e em dados avaliativos, interligando os aspetos relevantes da avaliação que, a partir da sua validação colaborativa com o FC e PD, permitam sistematizar forças e fragilidades, assim como a tomada de decisão sobre os CE.

Avaliação da transição

Tendo em conta a natureza dos CC, em particular dos cuidados domiciliários, todos os CI devem ser suscetíveis de avaliação no pressuposto de que a exploração dos fatores que condicionam, positiva ou negativamente, a Mestria no desempenho do papel permitirá a identificação de necessidades congruentes com a singularidade de cada CI e, desta forma, o planeamento de IE ajustadas a estas mesmas necessidades.

Assumindo-se que a Mestria no desempenho do papel está condicionada pela interação FC-PD com efeitos na condição de saúde deste, a sua compreensão não pode ser isolada da transição saúde-doença vivenciada pela PD. A alteração da condição de saúde da PD e/ou a diminuição da sua autonomia para o AC constituem pontos de viragem ao longo da transição para o desempenho do papel que poderão por em causa o sentido do decurso de um processo saudável (Barg *et al.*, 1998).

As áreas de atenção de enfermagem, simultaneamente indicadores de Mestria, constituem as dimensões de avaliação para o/no desempenho do papel que articuladas com os conceitos associados aos fatores condicionantes, definem as subáreas de atenção - categorias – e os dados de avaliação – propriedades -, constituindo a base para a decisão sobre os CE.

Pensada ao longo do tempo, abrangendo todo o processo de transição, assume uma perspectiva antecipatória tendo como referência temporal os pontos críticos da transição baseada em contactos frequentes com o FC e PD.

Enquanto etapa fundamental da prestação de cuidados no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI, a avaliação refere um processo colaborativo e iterativo de recolha de informação com vista à descrição e compreensão dos fatores que o condicionam, sendo o primeiro passo da abordagem em CE.

Assim, a avaliação centra-se na exploração dos fatores que influenciam, positiva ou negativamente, o desenvolvimento da Mestria, definidos como categorias avaliativas das dimensões de avaliação. Estas correspondem às áreas de atenção que, em complementaridade com os dados avaliativos, oferecem uma estrutura de organização sistemática da avaliação, visando compreender o processo de transição para o desempenho do papel a partir da visão do próprio, e direccionar as IE no sentido do desenvolvimento da Mestria.

Para cada uma dessas áreas de atenção foram definidas subáreas cujas propriedades se constituem, simultaneamente, como dados de avaliação do FC e PD e como critérios para a tomada de decisão diagnóstica, organizando o processo de prestação de cuidados (Diagrama 11).

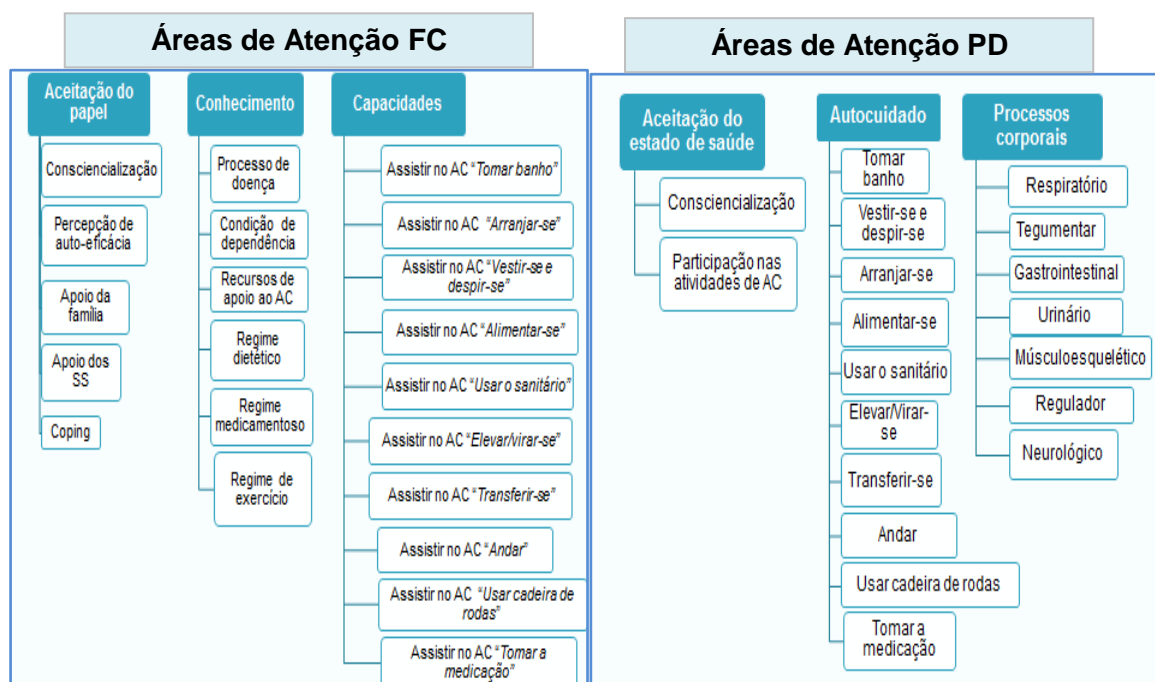


Diagrama 11 - Áreas de atenção na avaliação da transição

Como lógica de organização da avaliação da transição assumiu-se a agregação dos dados avaliativos por área de atenção e por alvo de cuidados de modo a estabelecer uma ligação fácil e direta com a própria lógica de organização das fases do processo de prestação de cuidados pensada no *MAMCI*: avaliação, tomada de decisão diagnóstica e prescrição das IE.

Nem todos os dados de avaliação integrados nas áreas de atenção, terão que ser explorados nas primeiras interações. A decisão sobre quais investigar deve ser sempre fundamentada num paradigma de cuidados cujo foco de avaliação é o FC na interação com a PD e com o sistema sociofamiliar. Face à especificidade e complexidade de cada cliente, compete aos enfermeiros a tomada de decisão relativamente às áreas de atenção que melhor se adaptam à especificidade da transição que cada um experienciam.

“Aceitação do papel”

A “*aceitação do papel*”, dimensão avaliativa da Mestria no desempenho do papel, reporta os fatores relacionados com as condições facilitadoras e/ou dificultadoras do desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel que, no *MAMCI*, referem a percepção sobre o papel e as atitudes face ao desempenho. Esta área de atenção de enfermagem no contexto da Mestria é entendida, simultaneamente, como um processo a potenciar e como um resultado a atingir.

Na confrontação com a necessidade de alguém ter que desempenhar o papel de CI, a sua assunção não significa, necessariamente, a efetiva aceitação (Kaas & Rousseau, 2010 *in* Meleis, 2010). Se, por um lado, a assunção do papel baseada numa escolha

informada e numa vontade genuína induz ao sucesso no desempenho do papel e a níveis inferiores de *stress* e tensão (Brereton & Nolan, 2002), por outro, se decorrente de uma “imposição”, poderá induzir a significados considerados menos positivos ou mesmo negativos para os CI (Schumacher & Meleis, 1994).

A “*aceitação do papel*” corresponde à resposta afetiva ao compromisso assumido com o desempenho do papel que se informado e consentido, significa comportamentos de envolvimento, de racionalização e de maximização da tomada de decisão com conforto psicológico.

Assim, reflete o estado de compreensão de si próprio e de si com os outros enquanto FC, permitindo antecipar reações face a situações específicas, a desafios e relacionamentos pessoais, previsíveis, e orientar o comportamento. Está relacionada com a congruência alcançada entre a percepção das mudanças e significados associados à assunção/desempenho do papel, a definição de metas realistas de desempenho e atitudes de autoconfiança e de gestão de sentimentos e emoções ameaçadoras do conforto psicológico.

A compreensão da “*aceitação do papel*” engloba a avaliação da “*consciencialização sobre o papel*”, das “*crenças de autoeficácia*”, da “*percepção sobre o apoio ao desempenho do papel*” e do “*coping*”, enquanto indicadores do seu alcance, constituindo-se como áreas de atenção deste domínio de avaliação.

A “*consciencialização sobre o papel*” como condição facilitadora e como indicador da “*aceitação do papel*” determina o envolvimento do FC na transição. Significa o reconhecimento e compreensão por parte do FC da experiência em curso, sendo esperado que demonstre “*percepção sobre as mudanças associadas à assunção/desempenho do papel*” e que desenvolva “*significados*” positivos face à situação e “*expectativas*” realistas de desempenho, constituindo a especificação desta área de atenção (Diagrama 12).

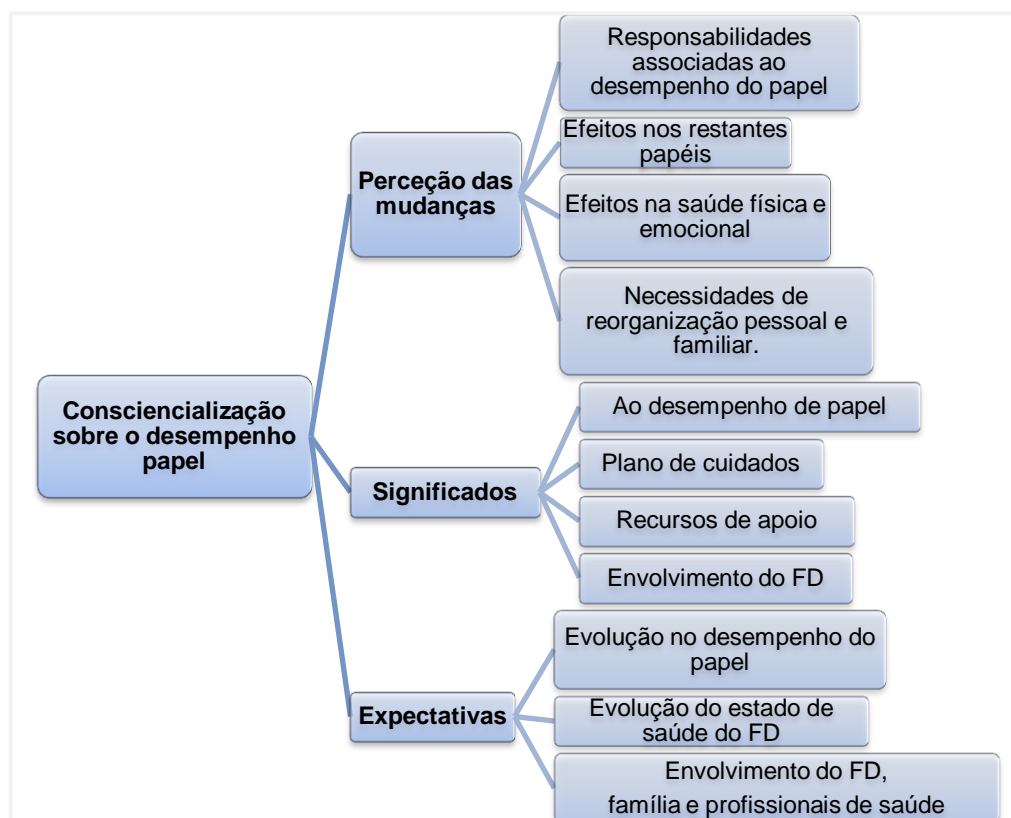


Diagrama 12 – Dados de avaliação da “*Consciencialização sobre o desempenho do papel*”

A percepção das mudanças é fortemente influenciada pela maior ou menor liberdade presente na tomada de decisão sobre a assunção do papel, por experiências anteriores e pela prontidão para o seu desempenho (Allen & Van de Vliert, 1984 citados por Kelly & Lakin, 1988 *in* Meleis, 2010).

A percepção das mudanças como indicador e dado de avaliação da “*consciencialização sobre o desempenho do papel*” manifesta-se pela demonstração da percepção das responsabilidades associadas ao desempenho do papel, dos efeitos no desempenho dos restantes papéis, na saúde física e emocional e das necessidades de reorganização pessoal e familiar.

Os “*significados atribuídos ao desempenho do papel*” a serem valorizados no sentido de potenciar a consciencialização do papel, são explorados pela identificação da importância/vantagens, para si próprio e para a PD, atribuídas ao desempenho de papel, ao plano de cuidados aos recursos de apoio e ao envolvimento da PD nas atividades de cuidado.

As “*expectativas face ao desempenho do papel*” - realistas, claras e congruentes com a situação e com a capacidade de desempenho - facilitam o desenvolvimento da Mestria (Minkler & Biller, 1979). A sua exploração resulta da identificação das expectativas em relação à sua evolução no desempenho do papel e à evolução do estado de saúde da

PD, designadamente em termos das metas a atingir e ao envolvimento da PD, família e profissionais de saúde.

A “PAE” como condição facilitadora e como indicador da “*aceitação do papel*”, tal como a “consciencialização sobre o papel”, determina o envolvimento do FC no processo de transição para a Mestria. Define-se como a confiança que o FC desenvolve acerca da adequação da sua *performance* ao desempenho do papel ou da sua qualificação para o assumir (Pearlin *et al.*, 1990 cit. por Shumacher, 1998) e sobre quão bem gere as tarefas e os problemas específicos da pessoa cuidada (Haley *et al.* cit. por Shumacher, 1998). Para a consecução dos objetivos relacionados com o desempenho, obrigatoriamente entendidos como positivos pelo FC, este deve sentir confiança nas suas habilidades e recursos pessoais. A convicção na autoeficácia influencia a forma como as pessoas pensam, sentem e se motivam.

Sendo a autoeficácia percebida a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento, influencia as barreiras percebidas à ação; quanto maior a autoeficácia percebida, menores as barreiras à adoção do comportamento de promoção de saúde desejado.

CI com níveis elevados de autoeficácia estão mais preparados para encarar os desafios relacionados com o desempenho do papel, sentem que controlam a situação, estão mais aptos a utilizar estratégias de resolução de problemas, resultando na diminuição de riscos para a sua saúde, nomeadamente, de sintomas depressivos e de um estado de maior compromisso e envolvimento com as responsabilidades associadas ao desempenho do papel (Bookwala & Schulz, 1998 cit. por Sherwood *et al.*, 2007).

A avaliação da “PAE” faz-se através de indicadores que se constituem pelos itens da escala de avaliação da autoeficácia¹³⁸ organizados por categorias de avaliação estabelecidas pelos processos identificados por Shumacker *et al* (2000) que refletem as capacidades necessárias na prestação do “*melhor cuidado*” (Diagrama 13):

¹³⁸ Consultar “Matriz operativa do MAMCI” (Anexo X)

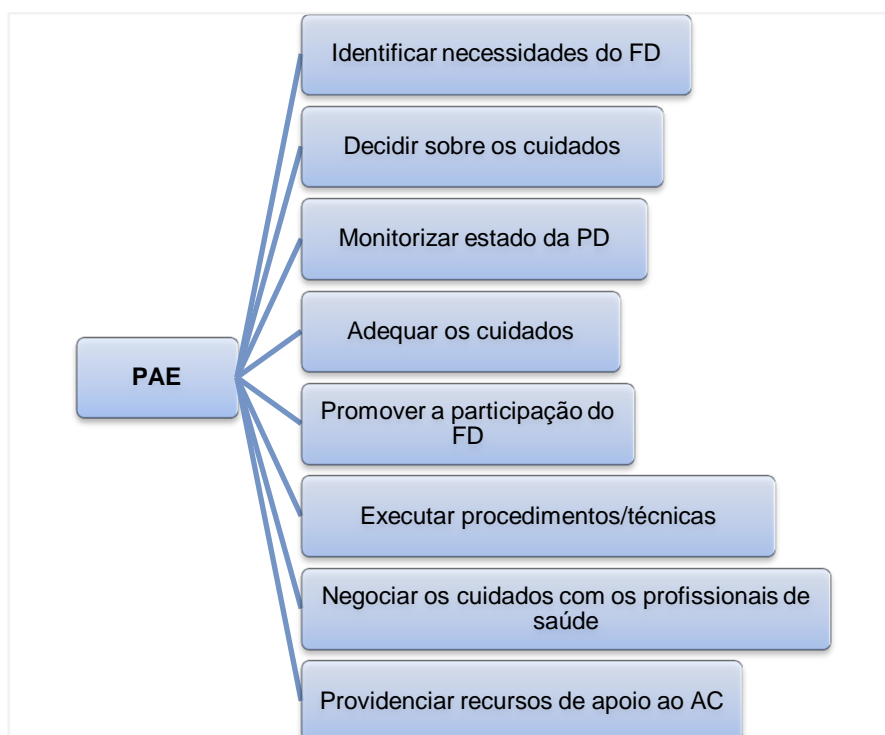


Diagrama 13 – Dados de avaliação da “PAE”

A “*percepção sobre o apoio ao desempenho do papel*” reporta um indicador da “*aceitação do papel*”. Refere a percepção sobre os comportamentos de apoio da família e dos profissionais de saúde/social, à concretização das responsabilidades associadas ao desempenho do papel e sobre o consenso entre o apoio esperado e o efetivamente prestado.

A “*percepção sobre o apoio da família*” é explorada por indicadores de avaliação relacionados com:

- i) o consenso sobre os papéis da família nos cuidados à PD;
- ii) a iniciativa da família no apoio aos cuidados;
- iii) a opinião sobre o rendimento familiar face às necessidades em recursos para os cuidados.

A “*percepção sobre o apoio dos serviços de saúde*” releva de indicadores de avaliação relacionados com:

- i) a iniciativa dos serviços de saúde, em particular os enfermeiros, no apoio aos cuidados;
- ii) a opinião sobre o apoio dos serviços de saúde;
- iii) o consenso entre o apoio que necessita e o apoio recebido.

No pressuposto de que ao desempenho do papel existe o risco de repercussões negativas, nomeadamente sobrecarga por exposição a fontes de stresse prolongado (Crespo-López & López-Martínez, 2007; García, 2010; Gil, 2010; Marques, 2007) o “*coping*” surge no contexto do *MAMCI* como uma condição facilitadora da transição para

o desempenho do papel e como indicador da *“Aceitação do papel”*. Está relacionado com comportamentos de gestão do stress, ao longo do tempo contribuindo para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, promovendo sensação de controlo e de maior conforto psicológico no desempenho do papel. São seus indicadores o *“conhecimento sobre estratégias de coping”* e a efetiva *“utilização de estratégias de coping”*.

As estratégias de coping mais comumente utilizadas são as relacionadas com a modificação do ambiente; a recalendarização de atividades; a definição de uma rede de apoio nos cuidados à PD; o envolvimento da rede familiar; a comparação com a situação de outros cuidadores em maior dificuldade; o humor; a fé (O'Connell & Baker, 2004).

Como indicadores do *“conhecimento sobre estratégias de coping”* considerou-se a identificação pelo FC de padrões eficazes e ineficazes de enfrentamento; e para a *“utilização de estratégias de coping”* consideraram-se como indicadores: i) a iniciativa do FC na resolução de problemas associados ao desempenho do papel; ii) a verbalização da necessidade de ajuda; iii) a antecipação das situações de stress, nomeadamente pela organização das tarefas de cuidado e/ou de desempenho de outros papéis; iv) a verbalização de conforto com o desempenho do papel; v) a modificação do contexto de acordo com as necessidades quer em termos físicos, quer em termos de apoio ao cuidado.

“Conhecimentos para o/no desempenho do papel”

O desenvolvimento da Mestria envolve a aprendizagem de *“conhecimentos para o/no desempenho do papel”*, nomeadamente o conhecimento integral da PD, os cuidados necessários e a condição de saúde-doença essenciais à provisão do *“melhor cuidado”* (Shumacher *et al.* (2000).

Os *“Conhecimentos para o/no desempenho do papel”* correspondem à resposta cognitiva da Mestria no desempenho do papel. Definem-se como o conteúdo específico do pensamento, reportando-se ao saber necessário para providenciar o *“melhor cuidado”* à PD, tendo na sua base o saber adquirido e a informação apreendida, nomeadamente por experiências de cuidado anteriores. O seu desenvolvimento está em relação com a aprendizagem cognitiva e com crenças positivas de autoeficácia. Traduz-se pelo conhecimento do FC sobre: i) o processo de doença da PD; ii) a condição de dependência; iii) os cuidados à PD; iv) os recursos de apoio ao AC; v) o regime dietético; vi) o regime medicamentoso; vii) o regime de exercício. Constituem-se, simultaneamente, como subáreas de atenção dos *“Conhecimentos para o/no desempenho do papel”* e como indicadores da Mestria no desempenho do papel.

A avaliação de cada uma dessas subáreas de atenção decorre da exploração dos dados avaliativos que as caracterizam (Tabela 7):

Tabela 7 – Dados avaliativos das subáreas de atenção: “Conhecimentos”

Conhecimento sobre o processo de doença da PD
Causas de doença
Sinais e sintomas da doença
Complicações associadas à doença
Curso usual da doença
Medidas para minimizar a progressão da doença/complicações
Conhecimento sobre a condição de dependência da PD
Causas da dependência
Evolução esperada
Complicações associadas à dependência
Medidas para minimizar a progressão da dependência
Conhecimento sobre os cuidados à PD
Cuidados de substituição da PD
Cuidados de apoio à PD
Cuidados de promoção do padrão de eliminação (Regime dietético: ingestão de fibras e líquidos; horário e ambiente; massagem abdominal; regime de exercício)
Cuidados de promoção da integridade da pele (cuidados à pele; higiene, hidratação, ingestão de alimentos e líquidos; mobilidade; monitorização)
Cuidados de promoção da integridade do sistema músculo-esquelético
Cuidados de promoção da capacidade cognitiva da PD
Os cuidados de promoção da integridade do sistema respiratório
Cuidados de promoção da integridade do status nutricional
Cuidados de promoção de comportamentos de segurança da PD
Cuidados de promoção do equilíbrio endócrino
Razões para a sua implementação
Medidas de promoção da participação da PD nos cuidados
Técnicas/procedimentos
Conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC
Leque de recursos disponíveis e onde/como adquirir
Funcionamento e os cuidados de preservação do recurso
Necessidades de acompanhamento pelos SS
Conhecimento sobre o regime medicamentoso
Medicamentos prescritos, utilizando, correctamente, a sua designação
Ação, efeito secundário, precauções dos medicamentos
Potencial de interacção com outros medicamentos
Procedimento/técnica de administração
Monitorização do efeito dos medicamentos
Armazenamento de medicamentos e tratamento dos não utilizados
Conhecimento sobre o regime dietético
Tipo de dieta (Quantidade e tipo de alimentos a consumir; técnicas culinárias)
Importância de uma alimentação equilibrada/razões para a adesão à dieta recomendada
Relação da dieta com prevenção de compromisso de processos corporais e com a medicação prescrita
Razões para o uso de suplementos alimentares
Recursos disponíveis
Conhecimento sobre o regime de exercício
Tipo de regime recomendado
Importância do exercício/razões para a adesão ao exercício
Relação do exercício com prevenção de compromisso de processos corporais e com a medicação prescrita
Técnicas para a implementação do regime de exercício

“Capacidades para o/no desempenho do papel”

As “Capacidades para o/no desempenho do papel” correspondem à resposta cognitiva e instrumental da Mestria no desempenho do papel. Definem-se como a aplicação prática do conhecimento, reportando a realização das ações concretas de cuidado; designam um conjunto de habilidades processuais e de destrezas num domínio específico dos

cuidados à PD, sendo que o seu aperfeiçoamento se faz ao longo do tempo através de aprendizagens realizadas pela exploração das experiências de cuidados. Deste modo, resultam de um processo de aprendizagem contínuo e sistematizado, sendo avaliadas pela observação do FC na realização das tarefas de cuidado.

O seu desenvolvimento está em relação com o potencial de aprendizagem (cognitiva e de capacidades) e com crenças positivas de autoeficácia. Traduz-se pela demonstração de “Capacidades para assistir a PD em cada domínio de AC” que se constituem, simultaneamente, como subáreas de atenção das “*Capacidades para o/no desempenho do papel*” e como indicadores da Mestria no desempenho do papel.

A avaliação de cada uma dessas subáreas de atenção decorre da exploração dos dados avaliativos que as caracterizam (Diagrama 14):

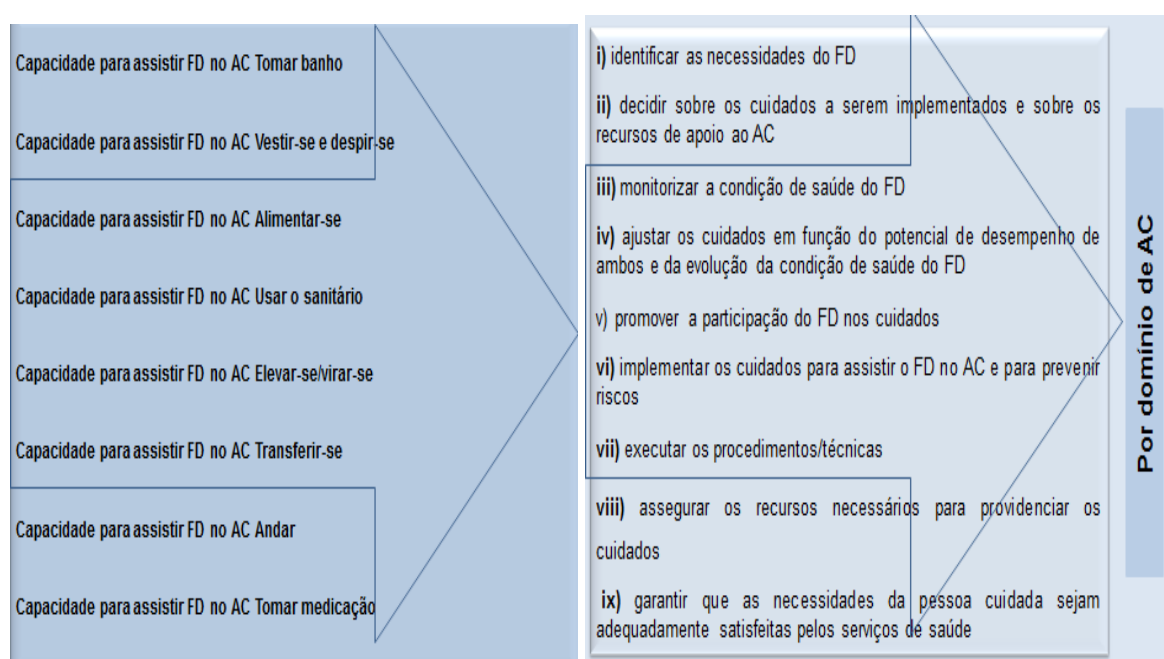


Diagrama 14 – Dados avaliativos das subáreas de atenção “*Capacidades para/no desempenho do papel*”

Do desempenho do papel com Mestria esperam-se resultados no bem-estar da PD reportados às áreas de atenção relacionadas com a “condição de saúde da PD”. Inscrita no *MAMCI* como fator facilitador e/ou dificultadora da transição para o desempenho do papel de CI associado ao contexto de cuidados, a sua avaliação decorre da exploração de dados relacionados com o compromisso/envolvimento da PD nos cuidados, com a capacidade funcional e com a saúde física organizada pelas áreas de atenção designadas como: “*Aceitação do estado de saúde*”, “*Autocuidado*” e “*Processos corporais*”.

“Aceitação do estado de saúde”

A “*aceitação do estado de saúde*”, dimensão avaliativa da Mestria no desempenho do papel relacionada com os fatores associados ao contexto de cuidados enquanto condição

facilitadora e/ou dificultadora, no *MAMCI*, refere a percepção da PD sobre a sua nova condição, as atitudes face à situação de dependência e de envolvimento nos cuidados. No contexto da Mestria, esta área de atenção de enfermagem é entendida tanto como um processo a potenciar como um resultado a atingir.

Corresponde à resposta afetiva à situação de dependência que, se integrada num processo de reorganização de si consigo próprio e com os outros, significa comportamentos de envolvimento, racionalização e de maximização da tomada de decisão com conforto psicológico.

Assim, reflete um estado de “reconciliação com as circunstâncias de saúde” (OE, 2011, p. 37) relacionada com a compreensão da situação de dependência, com a congruência alcançada entre a percepção das mudanças, significados atribuídos e expectativas desenvolvidas. Traduz-se pela percepção das mudanças operadas ao nível da sua autonomia e de significados positivos associados à dependência, pela definição de metas realistas em termos de desempenho de atividades de AC e por atitudes de compromisso nas ações de manutenção/reconstrução da autonomia para o AC e de conservação/promoção do seu estado de saúde.

A compreensão da “*aceitação do estado de saúde*” engloba a avaliação da “*consciencialização sobre o estado de saúde*” e os comportamentos de “*participação*”, enquanto indicadores do seu alcance, constituindo-se como áreas de atenção deste domínio de avaliação.

A “*consciencialização sobre o estado de saúde*” como condição facilitadora e como indicador da “*aceitação do estado de saúde*” determina o envolvimento da PD na transição para a situação de dependência e, por consequência, nas ações de reconstrução da autonomia para o AC. Significa o reconhecimento e compreensão por parte da PD sobre a experiência em curso sendo esperado que demonstre percepção sobre as mudanças associadas à dependência no AC, que desenvolva significados positivos face à situação e expectativas realistas de desempenho, constituindo a especificação desta área de atenção (Diagrama 15).

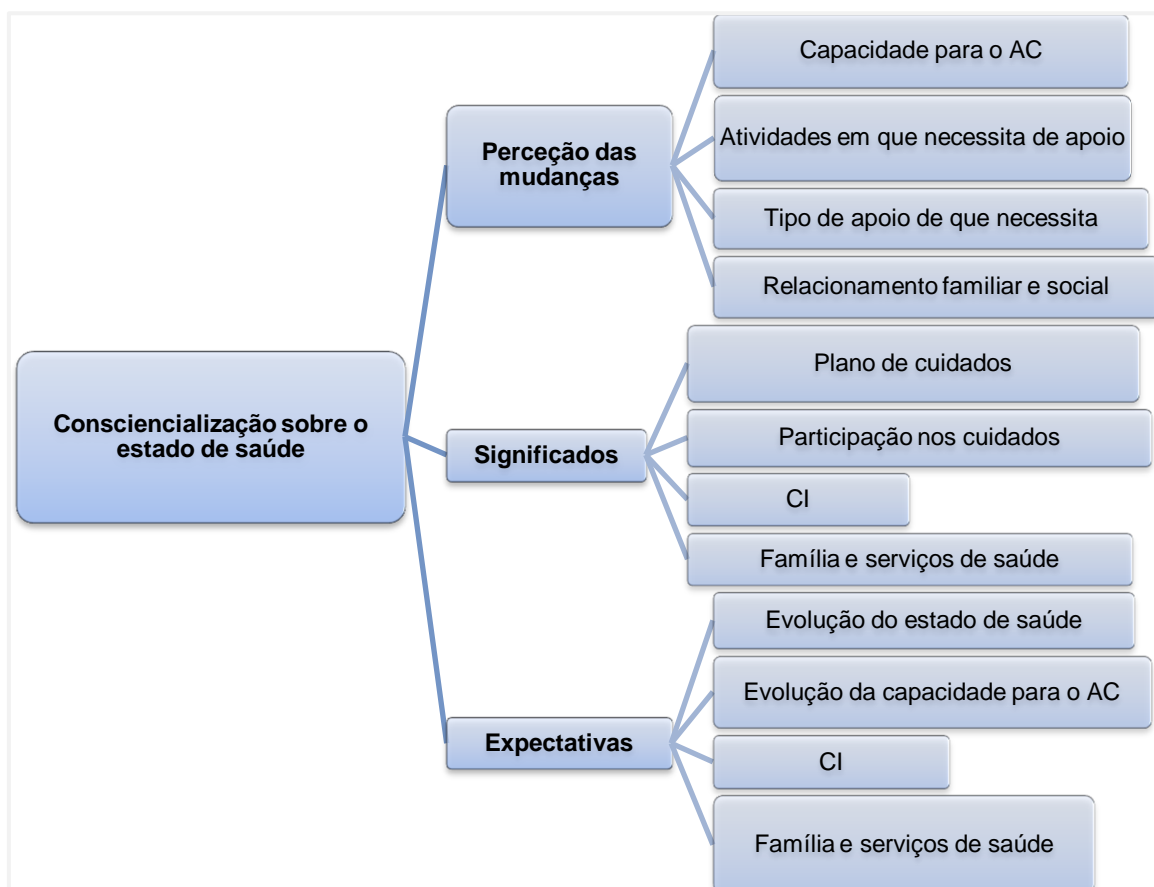


Diagrama 15 – Dados de avaliação: “*Consciencialização sobre o estado de saúde*”

A percepção das mudanças como indicador e dado de avaliação da “consciencialização sobre o estado de saúde” no contexto do *MAMCI* inclui a percepção sobre: i) a capacidade para o AC; ii) as atividades de AC em que necessita de apoio; iii) o tipo de apoio que necessita; iv) as implicações no relacionamento familiar e social.

A consciencialização sobre os “*significados atribuídos à situação de dependência*” é essencial para a compreensão da experiência e das suas consequências para a saúde. Neste contexto, é importante o reconhecimento de sentidos positivos/negativos associados à situação de transição, sendo seus indicadores os significados atribuídos pela PD: i) ao plano de cuidados; ii) à sua participação nos cuidados; iii) ao FC; iv) à família e serviços de saúde.

As “*expectativas*” estão associadas à definição realista, clara e congruente com o estado de saúde, das metas a atingir quer em termos de evolução do seu estado de saúde quer do seu envolvimento nas atividades de vida diária. A avaliação das expectativas face à situação de dependência resulta da exploração de indicadores relacionados com a exploração de expectativas face: i) à evolução do estado de saúde; ii) à capacidade para o AC; iii) ao FC; iv) à família e serviços de saúde.

A “*Participação*” como condição facilitadora e como indicador da “*aceitação do estado de saúde*”, tal como a “*consciencialização*”, determina o envolvimento da PD no processo de reconstrução da autonomia no AC. Sendo um processo de “fazer parte de algo, partilhar uma atividade” (OE, 2011, p. 98), define-se como a “disposição para empreender uma ação e para introduzir ideias ou tomar decisões e agir em conformidade” (OE, 2011, p. 59). Está relacionada com o “*potencial de aprendizagem cognitiva*”, com o “*potencial de aprendizagem de capacidades*” e com a “*disponibilidade para participar*”.

No contexto do MAMCI, a “*participação*” constitui, simultaneamente, uma subárea de atenção e um indicador da “*aceitação do estado de saúde*”, cuja compreensão se faz pela avaliação dos dados avaliativos e respetivos indicadores (Tabela 8):

Tabela 8 – Dados avaliativos da área de atenção “Participação”

Foco: Participação	
Dados de avaliação	Indicadores
Potencial de aprendizagem cognitiva	Capacidade cognitiva (cognição: atenção; concentração; orientação; memória; processamento de informação)
Potencial de aprendizagem de capacidades	Capacidade cognitiva (cognição: atenção; concentração; orientação; memória; processamento de informação) Potencial para realização de atividades de AC
Disponibilidade para participar	Consciencialização sobre o estado de saúde facilitadora Conhecimento sobre o estado de saúde Potencial de adesão ao plano de cuidados

Considera-se “*Potencial de aprendizagem cognitiva*” e “*Potencial de aprendizagem de capacidades*” a existência de condições favoráveis à “*aquisição de conhecimentos associada ao uso do pensamento consciente e da inteligência*” e de “... habilidades práticas associadas ao treino, prática e exercício”, respetivamente (OE, 2011, p. 39).

A “*disponibilidade para participar*” é definida como o estado de “*estar preparado ou disponível para se envolver no planeamento e implementação das atividades de AC*” (OE, 2011, p.49). Está em relação com a consciencialização e o conhecimento sobre o estado de saúde como com o potencial de adesão ao plano de cuidados.

“Autocuidado”

O “AC” corresponde à dimensão funcional da “*condição de saúde da PD*” sendo, igualmente um indicador da Mestria no desempenho do papel área de atenção dos CE. Define-se como a prática de atividades que a pessoa inicia e desempenha num espaço de tempo, em seu próprio benefício, mantendo a vida e o funcionamento saudável e a continuidade do seu desenvolvimento e bem-estar (Orem, 1995). Refere as atividades executadas pela pessoa no sentido de “*tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as*

atividades de vida diária” (CIPE[®], versão 2, 2011, p.41). Nas situações em que as pessoas apresentam algum impedimento que os torne capazes de providenciar o AC de forma independente, as atividades são desempenhadas pelo FC.

No AC como área de atenção dos CE no âmbito da Mestria no desempenho do papel, são definidas como subáreas de atenção a dependência por domínio de AC: i) “*Tomar banho*”, “*Vestir-se e despir-se*”, “*Arranjar-se*”, “*Alimentar-se*”, “*Usar o sanitário*”, “*Elevar/virar-se*”, “*Transferir-se*”, “*Usar cadeira de rodas*”, “*Andar*” e “*Tomar a medicação*”.

A avaliação da capacidade para o AC é efetuada através dos dados avaliativos da escala de avaliação da dependência no AC (Duque, 2009) que permite classificá-la em termos globais e por domínio de AC em quatro níveis: “Dependência total”; “Necessita de ajuda de pessoa”; “Necessita de equipamento” e “Completamente independente”¹³⁹. O juízo sobre o potencial de reconstrução de autonomia para o AC decorre da identificação das atividades específicas por domínio de AC que a PD pode ou poderá realizar de forma autónoma e da consciencialização sobre o estado de saúde facilitadora.

“Processos corporais”

Os “*Processos corporais*” correspondem à dimensão física da “*condição de saúde da PD*”, sendo igualmente um indicador da Mestria no desempenho do papel e “área de atenção” dos CE. Definem-se como as funções associadas aos sistemas corporais. A sua exploração situa-se numa perspetiva antecipatória de prevenção de riscos relacionados com a dependência no AC e com as condições crónicas da PD. Nos processos corporais integram-se como subáreas alguns dos domínios dos processos dos sistemas respiratório, urinário, gastrointestinal, tegumentar, músculo-esquelético e ainda as “*quedas*” cuja avaliação é efetuada através da escala de Morse (2009). São dados de caracterização de cada um dos focos desses processos corporais os expostos na Tabela 9, cuja definição releva da CIPE[®], versão 2:

¹³⁹ Consultar “Matriz operativa do MAMCI” (Anexo X)

Tabela 9 – Dados avaliativos das subáreas de atenção “Processos corporais”

Limpeza das vias aéreas e Aspiração
Características da respiração Capacidade para tossir Capacidade para expectorar Acumulação de secreções traqueobronquicas Ruídos respiratórios
Infeção do sistema urinário inferior
Características da urina Controlo vesical Uso de dispositivos recolha/absorção de urina
Status nutricional e Desidratação
Padrão Alimentar Apetite Deglutição/mastigação Náuseas/Vómitos Status nutricional
Obstipação e Impactação
Padrão de eliminação intestinal Características das fezes Uso de laxante(s) Controlo intestinal Ruídos intestinais Ileostomia/Colostomia
Eritema pelas fraldas e úlcera de pressão
Uso de fralda Controlo urinário Itens da escala de Braden
Rigidez articular e Pé equino
Força Amplitude articular Escala de força de Lower
Confusão
Orientação Memória Atenção e cálculo Comunicação verbal (discurso) Processamento da informação Percepção sensorial (capacidade auditiva, visual, olfactiva e cutânea)
Hiper/Hipoglicemia e Hipertensão
Comportamentos de adesão ao regime dietético Comportamentos de adesão ao regime medicamentoso

A capacidade cognitiva como “*processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção, pensamento, raciocínio e memória*” (CIPE®, versão 2, 2011, p.44) - não estando associada a uma área de atenção exclusiva organizadora do processo de “avaliação da transição” pensado no MAMCI, quer para o FC quer para a PD - constitui uma dimensão a explorar como elemento da atividade diagnóstica, assim como pela influência que exerce na prescrição das IE. São dados avaliativos da cognição: i) a orientação, a memória, a atenção e cálculo e a linguagem; ii) a comunicação verbal quanto à organização e logicidade do discurso; iii) a percepção sensorial (capacidade auditiva, visual, olfativa e cutânea).

A capacidade cognitiva é fundamental para a identificação de fatores que possam mediar o desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel e/ou a reconstrução da

autonomia para o AC da PD, influenciando o ajustamento de intervenções cuja efetividade dependerá do funcionamento dos processos cognitivos.

Ainda no processo de “*avaliação da transição*” existem dados que, embora não tenham sido integrados nas áreas de atenção, constituíram-se como itens a colher quer pelo aprofundamento da avaliação no processo de atividade diagnóstica quer pela influência que, à *priori*, possam ter nos CE, pelo potencial de risco que encerram. Referimo-nos à caracterização sociodemográfica da família, do FC e da PD, à caracterização socioeconómica e, ainda, à história de doença quer do FC quer da PD. Na sua maioria, estes dados, vistos isolada ou cumulativamente, orientam os enfermeiros para o potencial de risco de sobrecarga física, emocional e social e para fatores mediadores do potencial de aprendizagem cognitiva e de capacidades. Igualmente influenciam as IE, com maior relevância para as do tipo “Informar” e “Gerir”, e poderão orientar para a frequência dos contactos com o FC e/ou PD.

A *caracterização sociofamiliar* agrega itens sobre o tipo de família¹⁴⁰, o número de membros, os vínculos existentes entre eles, os quais foram considerados como relevantes para organizar o conhecimento referente à família onde o FC e PD estão integrados, bem como identificar e acompanhar os processos de relacionamento facilitadores e/ou dificultadores do desenvolvimento da Mestria. A identificação dos vínculos permite obter uma visão da interação do subsistema familiar CI e PD/família e, simultaneamente, identificar o potencial de cada um dos membros como recurso ao desempenho do papel. A avaliação das relações e vínculos familiares é efetuada através do genograma familiar.

O *edifício residencial* é definido como o espaço habitacional onde a família reside e que lhe proporciona abrigo, proteção e segurança. Inclui os aspetos relacionados com o tipo de habitação, o número de divisões, o número de ocupantes, as instalações sanitárias e a existência de barreiras arquitetónicas. A verificação das barreiras arquitetónicas, neste contexto avaliativo, justifica-se pela necessidade de identificar fatores que, através da sua ausência ou presença, dificultam o desempenho do papel e a reconstrução da autonomia no AC da PD.

O *rendimento familiar* possibilita a compreensão de fatores de stresse ao desempenho de papel que possam estar relacionados com aspetos económicos, já que influenciam, não só a forma como as famílias se organizam na resposta às necessidades diárias básicas, como são factor determinante da capacidade da família em garantir a satisfação dos recursos necessários aos cuidados.

¹⁴⁰ Considerou-se a classificação das profissões do Instituto Nacional de Estatística (2009)

O *Apoio social* reporta o conjunto de recursos de apoio ao AC disponíveis no local de residência da família assim como a obtenção de informação sobre o tipo de recursos de que a família possa estar a beneficiar ou de que necessita.

A(s) experiência(s) anterior(es) de cuidados (CI) orientam para a exploração de “*capacidades/conhecimentos para o desempenho do papel*” já anteriormente desenvolvidas e que devem ser potenciadas a favor da nova experiência.

A exploração de condições agudas e crónicas, quer em relação ao FC quer à PD, visa situar o enfermeiro quanto ao quadro patológico de ambos, procurando analisar fatores de limitação da aprendizagem cognitiva e de capacidade para o desempenho do papel e de risco/influência para o compromisso de processos corporais e de desenvolvimento/manutenção da autonomia no AC. Simultaneamente, permite analisar fatores de risco para a saúde que merecem a atenção em termos de vigilância e de comportamentos de procura de saúde.

A avaliação da transição como terapêutica de enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel no sentido do desenvolvimento e alcance da *Mestria* perspetiva-se sustentada em estratégias que permitam a compreensão da experiência a partir do ponto de vista de quem a experiencia, que tome em conta a sua dimensão individual, subjetiva e temporal, assim como as condições em que elas acontecem.

Da avaliação à preparação e suporte

Da interpretação dos dados obtidos na interação com o FC e PD tendo em conta a complexidade, intersubjetividade e contextualidade a eles associada, a tomada de decisão diagnóstica corresponde ao reconhecimento e formalização das suas necessidades, problemas e/ou potencialidades.

O *MAMCI* oferece uma base de orientação para o raciocínio diagnóstico em função dos dados avaliativos por áreas de atenção e juízo diagnóstico tal como consta na sua matriz operativa (Anexo XVI), e que permitem a enunciação dos DE definidos tendo em conta o fenómeno que constitui o foco das IE no âmbito da *Mestria* no desempenho do papel de CI que se apresenta, parcialmente na Tabela 10.

Tabela 10 - DE por áreas de atenção dos CE

Prestador de cuidados
Aceitação do papel
Falta de consciencialização sobre o papel
Baixa percepção de auto-eficácia
Percepção de falta de apoio da família
Percepção de falta de apoio dos serviços de saúde
Disponibilidade para coping efectivo
(...)
Conhecimento para/no desempenho do papel
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o processo de doença da PD
Défi ce de conhecimento sobre o processo de doença da PD
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre a condição de dependência da PD
Défi ce de conhecimento sobre a condição de dependência da PD
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os cuidados à PD
(...)
Capacidades para/no desempenho do papel
Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir a PD no AC Tomar banho
Capacidade para assistir a PD no AC Tomar banho, comprometida
Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir a PD no AC vestir-se e despir-se
Capacidade de desempenho para assistir a PD no AC Vestir e despir-se, comprometida
Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir a PD no AC alimentar-se
(...)
Familiar Dependente
Aceitação do estado de saúde
Falta de consciencialização sobre o estado de saúde
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o estado de saúde
Défi ce de conhecimento sobre o estado de saúde
Falta de iniciativa para participar nos cuidados
Auto-cuidado
Dependência total no auto-cuidado tomar banho
Dependência no auto-cuidado tomar banho: necessita de ajuda de pessoa
Dependência no auto-cuidado: tomar banho necessita de equipamento
Dependência total no auto-cuidado: vestir-se e despir-se
Dependência no auto-cuidado: vestir-se e despir-se necessita de ajuda de pessoa
(...)
Processos corporais
Risco de ÚLCERA DE PRESSÃO
Risco de eritema pelas fraldas
Risco de défi ce nutricional
Risco de desidratação
Risco de limpeza das vias aéreas comprometida
(...)

Reforçamos que o julgamento clínico do enfermeiro sobre os dados obtidos pelas áreas de atenção que estruturam o *MAMCI* deve enfatizar a complexidade e a singularidade associada às transições que CI e PD experienciam, fazendo emergir não apenas as necessidades mas também o potencial de desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel e de reconstrução da autonomia no AC.

Face aos diagnósticos validados com o FC e PD, o planeamento das intervenções deve considerar as forças identificadas, no sentido de que a mudança seja percecionada como viável e assim obter o compromisso de ambos com o plano de cuidados. Tal como para os DE, também se elaborou uma lista de intervenções por cada área de atenção, as quais constam da matriz operativa do *MAMCI* (Anexo XVI).

Deste modo, as IE devem reportar-se ao processo dinâmico através do qual enfermeiro/CI/PD concretiza os resultados esperados que representam a previsão de uma transição saudável, manifestada pelo alcance da Mestria no desempenho do papel. Centradas tanto nas necessidades como no potencial do FC e PD e inseridas numa abordagem colaborativa, apresentam-se como um meio promotor do desenvolvimento de ambos nos domínios afetivo, cognitivo e instrumental. Propõem-se intervenções direcionadas para as necessidades identificadas nas áreas de atenção que, no *MAMCI*, são consideradas como relevantes para a ação profissional da enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de papel de CI. Os enunciados que integram o conjunto de intervenções não pretendem ser apenas uma enumeração de IE, mas antes uma estrutura orientadora na observância do seu ajustamento às necessidades do FC e PD, considerando a complexidade inerente ao processo de transição.

Os subconjuntos de IE organizados pelas áreas de atenção que estruturam o *MAMCI* inserem-se na “*preparação para o desempenho do papel*” e no “*apoio/suporte ao desempenho do papel*” que articulados com a taxonomia CIPE® versão 2, reportam ações do tipo “*Determinar*”, “*Apoiar*”, “*Informar*”, “*Gerir*” e “*Executar*”. O seu planeamento e implementação baseia-se na premissa de que os CE se fazem em colaboração com o FC e PD.

A “*preparação*” e o “*apoio/suporte*” ao desempenho do papel, baseados na exploração dos condicionantes do desenvolvimento da Mestria, correspondem a intervenções inscritas nos processos de aprendizagem dos comportamentos, conhecimentos e capacidades requeridos pelo papel. Relevam de IE inseridas no sentido: i) da clarificação do papel e dos aspetos fundamentais relacionados com o seu desempenho, não só ao que ao FC, PD e família diz respeito mas ao que aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro, também respeita; ii) da reinterpretação de sentidos e de trazer à consciência os comportamentos, sentimentos e expectativas face ao desempenho do papel e à dependência no AC; iii) da articulação das responsabilidades decorrentes do papel com os restantes papeis desempenhados; iv) da provisão de um ambiente saudável (físico, social, político e cultural); v) da identificação, mobilização e utilização de recursos (pessoais, familiares, comunitários); vi) da ajuda ao FC e PD, a serem bem-sucedidos na concretização das responsabilidades inerentes ao cuidado e na antecipação de eventos críticos que possam por em causa a transição; vii) da monitorização e reforço dos objetivos alcançados.

Na premissa de que a Mestria se caracteriza por fluxo e variabilidade ao longo do tempo não sendo expectável que se manifeste no início da transição, as IE são: i) inseridas tanto numa perspetiva preventiva como curativa; e ii) planeadas e implementadas no

decorso temporal, de forma evolutiva, na observância do respeito pelo ritmo de aprendizagem individual de cada CI e PD.

O nível de Mestria consolida-se à medida que o FC vai adquirindo consciência de uma nova estabilidade, indicando a extensão em que a transição saudável está a acontecer. À medida que a transição evolui, é necessário explorar mudanças e desenvolvimentos de modo a que os CE possam acompanhar a evolução para a Mestria, nela subentendendo-se a evolução para a manutenção/reconstrução da autonomia da PD.

A avaliação dos alcances atingidos pelo FC e PD deverá ser um processo colaborativo e contínuo fundamentado nos dados avaliativos definidos pelas áreas de atenção de enfermagem que estruturam o *MAMCI* que orientarão para a tomada de decisão sobre os resultados alcançados. Tal como para os DE, a matriz operativa do modelo inclui subconjuntos de RE por área de atenção. As escalas de avaliação utilizadas aquando da apreciação inicial devem ser repetidamente usadas em função do tempo considerado como padrão para a apreciação intermédia e final, bem como em função de eventuais pontos de desequilíbrio que possam ocorrer ao longo da transição, como sejam: reinternamento; agravamento do estado de saúde da PD; alteração na composição e funcionamento familiar; perda/ganho de papéis; alteração do rendimento familiar, entre outros.

A transformação dos CE a partir das áreas de atenção com relevância no âmbito da Mestria no desempenho do papel avançou para a organização da tomada de decisão diagnóstica, do planeamento e implementação das IE e da avaliação dos ganhos obtidos pelo FC e PD, numa dinâmica que se pretende afastada de uma visão linear do processo de enfermagem e próxima de uma perspetiva de complementaridade dialética das fases que o compõem (Alfaro-Lefevre, 2005; Fonteyn, 1998; Jesus, 2006; Fonteyn & Ritter, 2008). A ideia, de sequência linear que as IE se iniciam com o *assessment* e continuam, sucessivamente, pelo planeamento, implementação e avaliação não é congruente com a natureza do processo de transição.

A estrutura concebida assume que os enfermeiros intervêm e interagem com o FC e PD em diferentes momentos da prestação de cuidados, estando continuamente a colher informação, a identificar problemas, necessidades ou potencialidades, intervindo, avaliando e reavaliando as situações (Diagrama 16):

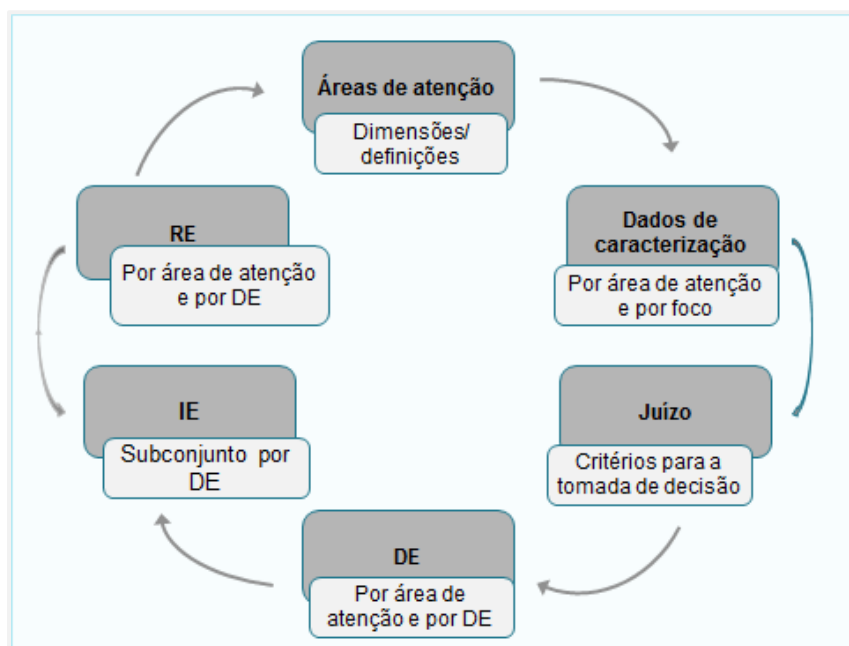


Diagrama 16 – Processo de prestação de cuidados: articulação e dinâmica

Da identificação e definição das áreas de atenção, dos dados de avaliação sobre as condições facilitadoras e/ou inibidoras do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel de CI, a tomada de decisão sobre os DE, as IE e os RE efetua-se a partir de um sistema de apoio que releva de critérios para o raciocínio clínico.

No processo de conceção do *MAMCI* prevaleceu a convicção de que a reorganização dos CE, a partir dos pressupostos teóricos associados às transições articulados com determinantes do contexto clínico possibilitaria o planeamento e implementação de intervenções terapêuticas tendentes à promoção do potencial dos CI e PD no sentido de apoiar o FC a mover-se em direção à *Mestria*.

Capítulo 8 – Avaliando o impacto da mudança

Decorrida a etapa de validação do modelo de reorganização dos CE na prática clínica, através da sua aplicação a um total de doze clientes admitidos a UCD, prosseguimos para a fase de avaliação do impacto da mudança.

Assim, o capítulo que agora apresentamos reporta-se à análise do impacto da mudança gerada pelo percurso de investigação desenvolvido através da exploração da opinião dos enfermeiros sobre o modelo co-construído quanto à sua viabilidade, aceitabilidade e benefícios.

Para o efeito, utilizámos como métodos:

- i) a reflexão, através da realização de *focus group*, sobre o processo de reconstrução da prática clínica e, em particular, sobre o modelo de organização e documentação dos CE co-concebido, designado como *MAMCI*, por contraposição com o modelo de CE em uso identificado na fase diagnóstica deste estudo;
- ii) a identificação da opinião global dos enfermeiros sobre o modelo de cuidados e, em particular, sobre os elementos que o estruturam, através da aplicação de um questionário.

Iniciamos o capítulo com a apresentação dos resultados obtidos com a aplicação do questionário junto dos enfermeiros. De seguida, damos conta da análise aos *focus group* realizados com os enfermeiros. Por último, faremos uma síntese integradora dos resultados obtidos com os dois métodos de colheita de dados utilizados para a avaliação do impacto da mudança, reflectida com base na teoria de transições de Meleis *et al.* (2000) com os contributos de Shumacher *et al.* (2000) e a Teoria do AC de Dorothea Orem (1995), mais especificamente no que concerne aos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI de PD, tal como o fizemos na fase diagnóstica da investigação conduzida.

8.1 - O questionário de opinião sobre o modelo de CE

Nesta fase do estudo – avaliação do impacto - conforme referido no capítulo da metodologia, foi lançado um questionário (Anexo II) de avaliação sobre a viabilidade, aceitabilidade e benefícios do *MAMCI*, baseada na opinião dos enfermeiros. No questionário colocaram-se, de forma aleatória, 60 questões posteriormente agrupadas (no tratamento das respostas) pelas seguintes categorias:

- i) melhoria da qualidade dos CE (8 questões);
- ii) conceitos estruturantes dos CE – finalidade e alvo dos CE; papel do enfermeiro; focos de atenção dos CE (14 questões);

iii) organização do processo de prestação de cuidados – avaliação inicial; DE; sistema de apoio à tomada de decisão sobre os DE; IE, avaliação contínua e documentação dos CE (33 questões);

iv) documentação dos CE (5 questões).

Cada uma destas categorias foi avaliada com base em critérios de adequação, utilidade, facilitação e exequibilidade à/na/da prática clínica, sendo que em algumas categorias se acrescentaram critérios de avaliação da exaustão e clareza dos elementos que estruturam o modelo. Estes critérios foram organizados em escalas do tipo *Likert* de quatro pontos entre diferenciais semânticos.

Foram, ainda, colocadas duas questões abertas no sentido de colher a opinião dos enfermeiros sobre os aspetos mais positivos/vantagens e mais negativos/desvantagens associados ao *MAMCI*, cujas respostas foram submetidas a análise de conteúdo.

Responderam ao questionário 17 (85,0%) dos 20 enfermeiros que constituíam a equipa da UCD ao momento da sua aplicação¹⁴¹.

Em relação ao impacto do *MAMCI* na melhoria dos CE na UCD, as opiniões dos enfermeiros são, predominantemente, positivas (Tabela 11):

Tabela 11 – Impacte do *MAMCI* na melhoria dos CE: opinião dos enfermeiros

	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Muito exequível
Na globalidade, a aplicação do modelo na prática clínica diária é...	-	2 (11,8%)	12 (70,6%)	3 (17,6%)
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)
	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	-	11 (70,0%)	6 (35,3%)
Em relação à melhoria dos CE o modelo é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao FC/PD, o modelo é...	--	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
Em relação à melhoria dos CE o modelo é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao FC/PD, o modelo...	-	-	12 (75,0%)	5 (25,0%)
Em relação à melhoria dos CE o modelo...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)

¹⁴¹ A caracterização dos enfermeiros foi efectuada no capítulo 6, subcapítulo 6.1 “O cenário da ação: a UCD do CSPD”

Assim, a maioria dos enfermeiros considera que, na globalidade, a aplicação do modelo na prática clínica diária é exequível (3 consideram muito exequível), tornando-se, igualmente, exequível (6 consideram “*muito exequível*”), através do modelo, a melhoria da adequação/resposta dos CE ao FC/PD. Respectivamente, 2 e 1 enfermeiros, consideram que na globalidade, a aplicabilidade do modelo é “*pouco exequível*”, sendo, também, “*pouco exequível*” a melhoria dos CE através dele. Ainda consideram que o modelo facilita a prática clínica no sentido da melhoria dos CE (“*Facilita muito*”, 5 enfermeiros) e é útil (“*Muito útil*”, 7 enfermeiros) à melhoria da adequação/resposta dos CE ao FC/PD.

Em relação aos “*Conceitos estruturantes dos CE*”, a maioria dos enfermeiros situou-se nos pontos positivos da escala, tal como se verifica na Tabela 12:

Tabela 12 - Conceitos estruturantes dos CE: opinião dos enfermeiros

	Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Em relação à consecução da missão e finalidade da UCD, o modelo é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
A finalidade dos CE imbuída no modelo é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
No modelo, o alvo a quem os CE se dirigem está...	-	-	8 (47,1%)	9 (52,9%)
O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao FC/PD imbuído no modelo é...	-	-	8 (47,1%)	9 (52,9%)
Os focos de atenção definidos para os CE ao FC/PD são...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação à consecução da missão e finalidade da UCD no que respeita aos CE ao FC/PD, o modelo...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Muito exequível
Em relação à consecução da missão e finalidade da UCD no que respeita aos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)
A finalidade dos CE imbuída no modelo é...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)
O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao FC/PD imbuído no modelo é...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)
Os focos de atenção definidos para os CE à PD/CI são...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)
	Indefinido	Pouco definido	Definido	Muito definido
A finalidade dos CE imbuída no modelo está...	-	-	12 (70,6%)	5 (29,4%)
O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao FC/PD imbuído no modelo está...	-	-	13 (76,5%)	4 (23,5%)
Os focos de atenção assumidos para os CE ao FC/PD estão...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
	Incompleto	Pouco completo	Completo	Muito completo
Os focos de atenção definidos para os CE ao FC/PD estão...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)

No que respeita à finalidade dos CE, nomeadamente, no contexto da UCD, os enfermeiros consideram ser adequado (*"muito adequado"*, 7 enfermeiros) o modelo de cuidados concebido, ser facilitador da sua consecução (*"facilita muito"*, 7 enfermeiros), encontrando-se definida no modelo (*"muito definida"*, 5 enfermeiros) e sendo exequível através dele (*"muito exequível"*, 6 enfermeiros).

A maioria dos enfermeiros considera adequado (*"muito adequado"*, 9 enfermeiros) o alvo dos CE a quem o modelo se destina. Em relação ao papel do enfermeiro, verifica-se a mesma tendência, ou seja, a maioria considera-o adequado (*"muito adequado"*, 9 enfermeiros), definido (*"muito definido"*, 4 enfermeiros) e estar garantida a sua exequibilidade (*"muito exequível"*, 6 enfermeiros).

Do mesmo modo, em relação aos focos de atenção dos CE assumidos no modelo, a maior parte dos enfermeiros considerou-os adequados (*"muito adequados"*, 8 enfermeiros), definidos (*"muito definidos"*, 7 enfermeiros), representarem a prática clínica (*"muito completos"*, 6 enfermeiros) e ser exequível (*"muito exequível"*, 6 enfermeiros) a sua assunção, na prática clínica, como áreas de atenção dos CE. Um enfermeiro considera que os focos de atenção estão *"pouco completos"*, sendo aquele que na questão aberta do questionário sobre os aspetos mais negativos/desvantagens do MAMCI, refere a pouca atenção dada a focos de atenção na área especializada de enfermagem de reabilitação. A identificação deste aspeto, igualmente reconhecido pelos restantes enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação (formados ao longo deste percurso de investigação), determinou a reorganização dos CE na área especializada em enfermagem de reabilitação, articulada com a transformação já operada nos CE.

Verifica-se que 1 enfermeiro (o mesmo para todas as respostas) considera *"pouco exequível"* quer a finalidade, quer o papel do enfermeiro, quer os focos de atenção imbuída modelo.

A avaliação dos enfermeiros em relação à *"Organização do processo de prestação de cuidados"*, na globalidade, situa-se predominantemente nos polos positivos das escalas.

Todos os enfermeiros são de opinião que a organização dos CE definida no MAMCI é adequada (*"muito adequada"*, 8 enfermeiros) estando, por ele, facilitada (*"facilita muito"*, 7 enfermeiros), é exequível (*"muito exequível"*, 6 enfermeiros), verificando-se neste critério em particular haver um enfermeiro que o considera *"pouco exequível"* (Tabela 13):

Tabela 13 - Organização do processo de prestação de cuidados: opinião dos enfermeiros

	Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
A organização dos CE definida no modelo é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação à organização dos CE ao FC/PD, o modelo...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Muito exequível
Em relação à organização dos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)

No particular, no que diz respeito à organização das etapas do processo de prestação de cuidados, repete-se a tendência dominante, ou seja, a maioria dos enfermeiros situa-se nos pontos positivos da escala (Tabela 14):

Tabela 14 -Organização das etapas do processo de prestação de cuidados: opinião dos enfermeiros

	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
A colheita de dados é...	-	-	11 (64,7%)	6 (35,3%)
O planeamento de cuidados é ...	-	-	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Os DE definidos são...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
As IE definidas são...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
A prescrição das IE é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Os RE definidos são...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
A avaliação contínua da evolução do FC/PD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
A colheita de dados é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
O planeamento de cuidados é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
A prescrição das IE é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
A avaliação contínua da evolução do FC/PD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação à colheita de dados sobre o FC/PD, o modelo...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
Em relação ao planeamento dos cuidados, o modelo...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Em relação à decisão sobre o estabelecimento de prioridades nos CE ao FC/PD, o modelo...	-	-	13 (76,5%)	4 (23,5%)
Em relação à decisão sobre IE a implementar, o modelo...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Em relação à avaliação contínua da evolução do FC/PD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo, o modelo...	-	-	11 (64,7%)	6 (35,3%)
	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Muito exequível
A colheita de dados é...	-	1 (5,9%)	12 (70,6%)	4 (23,5%)
O planeamento de cuidados é...	-	1 (5,9%)	8 (47,1%)	8 (47,1%)
A decisão sobre os DE é...	-	-	8 (47,1%)	9 (52,9%)
A prescrição das IE é...	-	1 (5,9%)	10 (58,8%)	6 (35,3%)
A identificação dos RE alcançados pela PD/CI é...	-	1 (5,9%)	9 (52,9%)	7 (41,2%)
A avaliação contínua da evolução do FC/PD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	-	-	11 (64,7%)	6 (35,3%)
	Ineficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Muito eficaz
A colheita de dados é...	-	1 (5,9%)	7 (41,2%)	9 (52,9%)
O planeamento de cuidados é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
A prescrição das IE é...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
A avaliação contínua da evolução do FC/PD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
	Incompleto	Pouco completo	Completo	Muito completo
A colheita de dados está...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)
Os DE definidos estão...	-	1 (5,9%)	9 (52,9%)	7 (41,2%)
As IE definidas estão...	-	1 (5,9%)	9 (52,9%)	7 (41,2%)
Os RE definidos estão...	-	-	10 (58,8%)	7 (41,2%)

Para os enfermeiros, o modo como a avaliação inicial está organizada é adequado (“*muito adequada*”, 7 enfermeiros), é útil (“*muito útil*”, 7 enfermeiros), é facilitador (“*facilita muito*”, 7 enfermeiros) da colheita de dados sobre o FC/PD, é eficaz (“*muito eficaz*”, 9

enfermeiros), exequível (“*muito exequível*”, 4 enfermeiros) e completo (“*muito completa*”, 7 enfermeiros).

O planeamento dos cuidados, na perspectiva dos enfermeiros, é adequado (“*muito adequado*”, 5 enfermeiros), é útil (“*muito útil*”, 8 enfermeiros), é facilitador da decisão sobre os CE (“*facilita muito*”, 8 enfermeiros), é eficaz (“*muito eficaz*”, 8 enfermeiros) e é exequível (“*muito exequível*”, 8 enfermeiros). Consideram, igualmente, que a decisão sobre o estabelecimento de prioridades nos CE ao FC/PD e a prescrição das IE a implementar é adequada (“*muito adequada*”, 5 enfermeiros), é útil (“*muito útil*”, 8 enfermeiros), é facilitadora (“*facilita muito*”, 8 enfermeiros), é eficaz (“*muito eficaz*”, 8 enfermeiros) e é exequível (“*muito exequível*”, 8 enfermeiros).

Quanto aos DE, IE e RE definidos no modelo, os enfermeiros consideram-nos adequados (“*muito adequado*”, 7 enfermeiros), completos (“*muito completos*”, 7 enfermeiros) e exequível a sua aplicação na prática clínica (“*muito exequível*”, 9, 6 e 7 enfermeiros, respetivamente).

Em relação à avaliação contínua PD/CI, nomeadamente dos resultados que vão atingindo, os enfermeiros são de opinião que é adequada (“*muito adequada*”, 7 enfermeiros), é útil (“*muito útil*”, 8 enfermeiros), está facilitada pelo modelo (“*facilita muito*”, 8 enfermeiros), é eficaz (“*muito eficaz*”, 8 enfermeiros) e é exequível (“*muito exequível*”, 6 enfermeiros).

Um enfermeiro (o mesmo) considera ser “*pouco exequível*” a colheita de dados, o planeamento de cuidados, assim como a prescrição das IE e a identificação dos RE. Para outro enfermeiro (especialista em enfermagem de reabilitação) quer os DE quer as IE definidas no modelo estão incompletas.

Sobre a reorganização da documentação dos CE constata-se ser positiva a opinião de todos os enfermeiros (Tabela 15):

Tabela 15 – Reorganização da documentação dos CE: opinião dos enfermeiros

	Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada
Em relação à documentação dos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	-	9 (52,9%)	8 (47,1%)
	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação aos registos sobre os CE, o modelo...	-	-	8 (47,1%)	9 (52,9%)
Em relação à consulta sobre a evolução do FC/PD, o modelo...	-	-	11 (64,7%)	6 (35,3%)
	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
Em relação à documentação dos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	-	11 (64,7%)	6 (35,3%)
	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Muito exequível
Em relação à documentação dos CE ao FC/PD, o modelo é...	-	-	12 (70,6%)	5 (29,4%)

Para todos os enfermeiros, a reorganização da documentação dos CE é adequada (“ *muito adequada*”, 8 enfermeiros), facilita quer os registos sobre os CE quer a consulta sobre a evolução da PD/CI (“*facilita muito*”, 9 e 6 enfermeiros, respectivamente), é útil (“*muito útil*”, 6 enfermeiros) e é exequível (“*muito exequível*”, 5 enfermeiros).

Da análise de conteúdo aos discursos decorrentes das respostas dos enfermeiros (17) às questões abertas do questionário emergem como aspetos positivos/vantagens do *MAMCI* enquanto referencial para a organização e documentação dos CE os que se apresentam na Tabela16:

Tabela 16 – Aspectos positivos/vantagens do MAMCI

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Qualidade dos CE		<i>“Facilita a prática de enfermagem, melhorando os CE”</i> <i>“Agiliza os CE”</i> <i>“Orienta a prática de enfermagem, tornando os cuidados mais adequados às necessidades das pessoas”</i> <i>“Melhora a adequação/resposta dos CE ao cuidador/PD”</i> <i>“Existência de eixo comum entre a colheita de dados, os DE, as IE e os RE, melhorando muito a orientação dos CE à PD/CI”</i>
Finalidade dos CE		<i>“Modelo está direccionado para maior independência no AC e para o bem-estar do cuidador”</i> <i>“Clarifica o objectivo dos CE”</i> <i>“A intenção que subjaz aos CE no modelo é mais consentânea com o que foi definido no projecto de criação da UCD”</i> <i>“ O objectivo dos CE está mais de acordo com o que é suposto desenvolver...”</i>
Organização dos CE	Avaliação inicial	<i>“O GCD torna a colheita de dados simples, mas mais completa”</i> <i>“A colheita de dados é mais uniforme”</i> <i>“O GCD facilita a colheita de dados”</i> <i>“A colheita de dados está sistematizada e mais consentânea com a nossa conceção de cuidados</i> <i>“Cobre a lacuna que tínhamos em relação ao cuidador”</i> <i>“Nota-se que tem um modelo de enfermagem com o qual nos identificamos”</i>
	Planeamento dos CE	<i>“A planificação dos cuidados é mais fácil”</i> <i>“Valoriza e melhora o planeamento de cuidados”</i> <i>“Sistematiza os CE”</i> <i>“Facilita a decisão sobre os CE”</i> <i>“Melhor organização do plano de trabalho”</i> <i>“Exige que pensemos mais sobre os problemas e as IE”</i> <i>“Obriga-nos a maior discussão com os colegas”</i>
Investigação		<i>“Cria uma base de dados acessível para trabalhos de investigação”</i> <i>“Possibilidade de tratamento de dados”</i> <i>“Valorização dos CE porque podemos, através de pequenos trabalhos dar a conhecer o que fazemos”</i>
Documentação dos CE		<i>“Uniformiza os registos de enfermagem”</i> <i>“Uso de linguagem comum”</i> <i>“ A adoção da CIPE para os registos de enfermagem”</i> <i>“Redução do tempo despendido nos registos de enfermagem”</i> <i>“Mais facilidade em registar as notas de evolução”</i> <i>“Facilidade de documentação dos CE”</i> <i>“Permite detalhar mais a informação sobre os utentes”</i> <i>“Informação torna-se mais clara e simples, compreensível a qualquer enfermeiro”</i> <i>“Ter os registos com a mesma linguagem, facilita a interpretação”</i> <i>“A leitura dos registos é menos ambígua”</i>

Das categorias criadas, importa destacar alguns aspetos. Designadamente, em relação à categoria “*Qualidade dos CE*”, é dado relevo à influência que o modelo tem na melhoria dos CE, porque os “*facilita*”, “*agiliza*” e “*orienta*”, possuindo consistência entre as diferentes etapas que o organizam. Em relação à “*finalidade dos CE*”, está reforçada a ideia do desenvolvimento da autonomia e “bem-estar” do cuidador.

Quanto à “*organização dos CE*” as vantagens apontam para melhorias na avaliação inicial e no planeamento de cuidados, nomeadamente pela sua uniformização, sistematização, exaustão, assim como por facilitar a decisão sobre os CE. Destacamos

as referências ao facto de ter sido ultrapassada a *“lacuna (...) em relação ao cuidador”*, de estar sustentado num modelo teórico de enfermagem e de *“obrigar a maior discussão com os colegas”*, o que, por si só, encerra o potencial de desenvolvimento dos CE. Acrescido a este facto está a atribuição do potencial de desenvolvimento da investigação ao modelo de reorganização dos CE desenvolvido.

A *“documentação dos CE”* é, ainda, uma das categorias identificadas nos discursos dos enfermeiros sobre as vantagens atribuídas ao modelo. Para além da redução do tempo usado na realização dos registos, a uniformização, clareza, simplicidade, exaustão e maior compreensão da informação, nomeadamente pela adoção da CIPE®, são aspetos positivos atribuídos pelos enfermeiros.

Por outro lado, como aspetos mais negativos/desvantagens associados ao MAMCI enquanto referencial para a organização e documentação CE referidos pelos enfermeiros (17) emergem os que se apresentam na Tabela 17:

Tabela 17 – Aspetos negativos/desvantagens do MAMCI

Categoria	Unidade de registo
Necessidade de formação	<i>“A pouca experiência de utilização da CIPE sendo necessário mias preparação e formação na área”</i> <i>“Requer formação sobre o modelo”</i> <i>“Requer formação sobre a CIPE”</i>
Tempo despendido	<i>“Morosidade na aplicação do GCD”</i> <i>“Dificuldade na sua aplicação tendo em conta o tempo disponível para as VDs”</i> <i>“Falta de tempo para organizar o plano de cuidados”</i>
Condições de trabalho	<i>“O modelo altera a dinâmica do serviço, sendo necessária uma adaptação”</i>
Resistência à mudança	<i>“Alguns colegas ainda mantêm alguma resistência a usar os novos padrões de documentação”</i> <i>“Alguns colegas ainda preferem alguns dos impressos anteriores levando à dificuldade na continuidade de cuidados”</i>
Qualidade do modelo	<i>“Não tem DE para a área da enfermagem de reabilitação”</i>

São menos os aspetos *“negativos/desvantagens”* atribuídos ao modelo de reorganização dos CE quando comparados com os *“positivos/vantagens”*. Os apontados estão relacionados com a *“necessidade de formação”*, nomeadamente sobre a CIPE®, a necessidade de mais tempo para os cuidados, a readaptação das condições de trabalho (redistribuição dos enfermeiros pelas designadas *“zonas de trabalho”*¹⁴²), o facto de haver *“resistentes à mudança”* e não existirem *“DE para a área da enfermagem de reabilitação”* (consistente com o que foi identificado, pelo mesmo enfermeiro, nas questões fechadas do questionário sobre este item). Não obstante, há a preocupação de quase todos os enfermeiros nas suas respostas registarem a ideia de que os *“aspetos*

¹⁴² Esta redistribuição foi efectuada já, após, a validação do modelo.

negativos/desvantagens” apontados não se devem ao modelo em si, mas à necessidade de um período de adaptação a esta nova forma de organizar os CE.

8.2 - Discursos dos enfermeiros sobre a mudança nos CE

No sentido de explorar a opinião dos enfermeiros sobre os benefícios associados à mudança operada nos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho de papel de CI de PD, recorreu-se à técnica de *focus group* realizada em janeiro de 2013¹⁴³. Partiu-se da reflexão centrada na análise comparativa entre as novas práticas de cuidados veiculadas pelo *MAMCI* (M_2) e as práticas identificadas na fase diagnóstica do estudo (M_1).

Globalmente os enfermeiros orientaram o seu discurso para a exposição de benefícios associados à mudança operada nos CE, atestando as vantagens já identificadas no questionário de opinião (apresentado no subcapítulo anterior), assim como corroborando a viabilidade e aceitabilidade do modelo. A partir da questão então colocada, emergiu da análise aos discursos dos enfermeiros três categorias de benefícios: i) “*Qualidade dos CE*”; ii) “*Documentação dos CE*”; iii) “*Satisfação com a mudança*” (Diagrama 17).

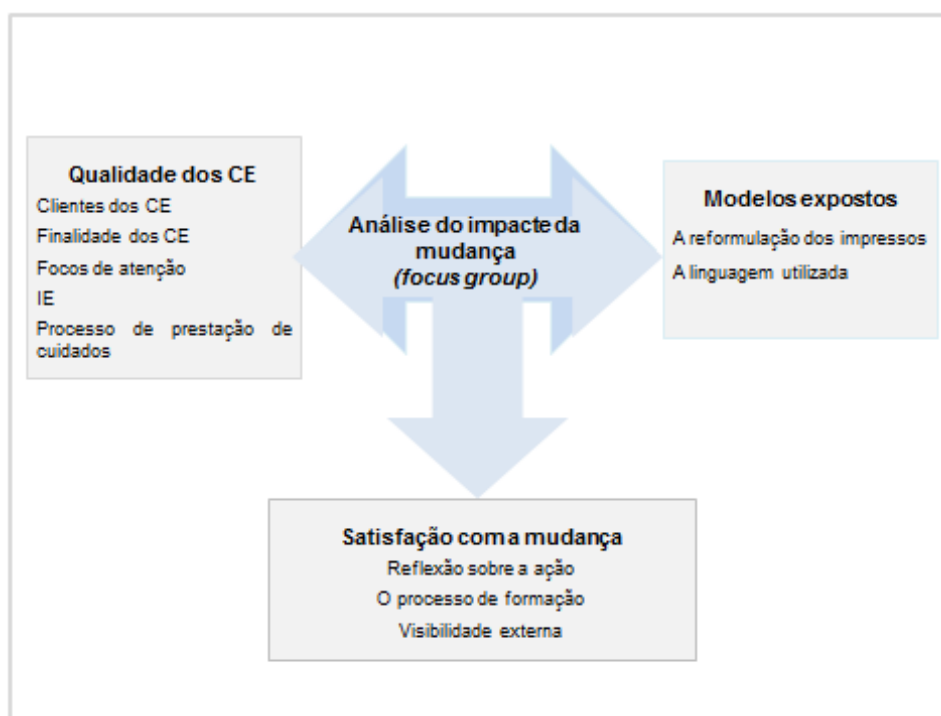


Diagrama 17 – Impacte da mudança: categorias e subcategorias emergentes nos discursos dos enfermeiros

¹⁴³ Tal como anteriormente, os *focus group* foram sempre realizados em dois tempos distintos em função da necessidade de se constituírem subgrupos de discussão.

8.2.1 - Qualidade dos CE

Desde logo, os discursos dos enfermeiros apontam como benefício da reorganização dos CE operada na UCD a redefinição do cliente dos CE e a clarificação e ampliação da noção de “bem-estar” enquanto finalidade dos CE, consentâneas com as concepções identificadas nos discursos dos enfermeiros na fase diagnóstica (subcapítulo 6.4). Na transformação operada nos CE, o FC em interacção com a PD torna-se o cliente, em que as dimensões biológica, cognitiva, afectiva e relacional se constituem como o contexto para a exploração das condições facilitadoras e/ou dificultadoras da experiência de transição que experienciam expresso nos excertos que a seguir transcrevemos¹⁴⁴:

E₁ - “No modelo está claro que tanto o dependente como o cuidador são clientes dos CE...”

E₂ - “(...) cuidador e dependente nas suas vertentes física, humana, relacional...”

E₃ - “Íamos a casa da pessoas com a ideia de que o dependente era o nosso cliente...o cuidador era a nossa ajuda nos cuidados ao dependente... E é. Mas é também uma pessoa a quem temos que dar atenção... que tem necessidades próprias que podem ser satisfeitas pelos CE”

E₈ - “O modelo evidencia que tanto o dependente como o FC são nossos clientes... ao mesmo nível. (...) cada um visto individualmente... como características próprias que é preciso ter em conta nos CE”

E₉ - “A mudança que fizemos lembra-nos que o cuidador é tanto nosso utente como o é o dependente. E isto muda os cuidados que prestamos, tornando-os melhores porque vão ao encontro das necessidades de ambos.”

E₁₁ - “(...) Mas, sem dúvida que vemos melhoria na qualidade dos cuidados (...) o cuidador está, agora, claramente definido como nosso cliente...”

E₁₄ - “(...) como pessoas únicas, com características próprias: dificuldades e qualidades que têm que se assumidas nos CE melhoram o seu efeito...”

E se antes (M₁) em todas as etapas do processo de prestação de cuidados o FC enquanto cliente dos CE estava quase omisso, na reorganização desse processo é-lhe atribuída centralidade, passando a ser alvo na exploração do modo como integra e interpreta a experiência de transição, dos comportamentos e atitudes face à situação de transição, assim como dos conhecimentos e capacidades que possui/necessita desenvolver para o desempenho do papel com Mestria, nomeadamente em virtude de experiências anteriores como FC.

E₂ - “por exemplo, uma das nossas insatisfações tinha a ver com o facto de algumas que fazíamos parecia os cuidadores não queriam saber do que dizíamos ...no entanto com o modo como agora os conhecemos, por exemplo, se fizemos estas ações pensando na capacidade daquele cuidador em perceber o que dizemos, fará toda a diferença...”

E₁₄ - “Antes tínhamos uma lista de ensinios para fazer... e, pronto desta lista fazíamos aqueles que achávamos serem mais importantes... mas faltava perceber o que aquele cuidador necessitava saber...”

E₇ - “Saber se a pessoa tem alteração da memória, se consegue entender o que lhe explicamos certamente irá influenciar o modo como lhe ensinamos a fazer as coisas...e aqui há que adaptar em função da capacidade de cada cuidador...”

E₉ - “E quem diz em relação à memória, diz o mesmo em relação à sua capacidade física... ensinar um cuidador a fazer os cuidados de higiene ao seu familiar tendo já dificuldades de movimentação não faz sentido ...”

¹⁴⁴ Na transcrição dos excertos, a identificação do seu autor será efetuada através da expressão Enfermeiro X (E_x) em que X corresponde à numeração atribuída pelo investigador na transcrição dos discursos gravados.

A assunção da Mestria como *finalidade dos CE*, na perspectiva dos enfermeiros, permite a clarificação e ampliação da noção de “bem-estar”. Se antes a finalidade dos CE identificada na fase diagnóstica do estudo (subcapítulo 6.4) se centrava no tratamento dos compromissos de processos corporais da PD e no desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades (muito menos) para o cuidado, numa perspetiva curativa, a reflexão e consensualização sobre a Mestria como finalidade dos CE inclui a dimensão relacionada com a compreensão da situação de transição, significando a aceitação do desempenho do papel (FC) e a aceitação do estado de saúde (PD), assim como a noção de que a consecução da finalidade dos CE está em relação com o “bem-estar” individual pela influência que ambos - FC/PD - mutuamente exercem. A Mestria como sinónimo de “bem-estar” da PD, FC e família surge como a finalidade central dos CE, através da promoção da autonomia para o AC, do desenvolvimento de competências no sentido da capacitação do FC para o desempenho do papel e da reorganização funcional da família para a resposta às necessidades de ambos. Esta finalidade tornada visível e operacionalizada através do *MAMCI* constitui motivo de satisfação e orgulho para os enfermeiros:

E₇ - “Pois, no fundo a nossa intenção era de facto fazer com que o cuidador desempenhasse o seu papel o melhor possível e com o mínimo de riscos para si e para o dependente ... Se antes isto não era claro nos nossos registos, o modelo que construímos tem esta vantagem...”

E₁₁ - “Tornar o dependente o mais autónomo possível, estimulando a sua vontade de participar é, de facto, a nossa intenção. E com o modelo que fizemos é mais fácil organizar os CE neste sentido...”

E₉ - “Tornar o dependente mais independente e o FC mestre no seu papel trará benefícios para ambos. E isto o modelo veio melhorar...”

A definição e ampliação dos *focos de atenção* que assumem o FC como cliente dos CE e se tornam consentâneos com a finalidade assumida para os CE, emerge como uma subcategoria relacionada com a “*Qualidade dos CE*”. Para os enfermeiros, a definição e ampliação dos focos de atenção sistematiza a abordagem inicial e contínua do cliente e o planeamento de cuidados. Por outro lado a ampliação verificada nos focos de atenção, sobretudo no que diz respeito ao FC, tende a melhorar a abordagem ao cliente, consciencializando para as áreas “*mais esquecidas*” dos cuidados.

E₃ - “Temos, agora, claramente definidas as áreas sobre as quais devemos centrar a nossa atenção...”

E₅ - “As áreas sobre as quais deve recair a atenção dos CE no sentido do alcance da finalidade que definimos estão bem definidas no modelo ...”

E₉ - “Embora muitas das áreas definidas no modelo fizessem parte dos nossos cuidados elas estão aqui (no modelo) claramente definidas. E, sem dúvida, vão para além daquelas que a En^{fa} Carmen nos apresentou no nosso “retrato”...”

Na realidade, procedendo à análise comparativa dos focos de atenção dos CE, assumindo como marcos a fase diagnóstica deste estudo (M₁) e a fase pós-mudança (M₂), confirma-se a sua ampliação com inclusão de focos de atenção inseridos em domínios cognitivos, instrumentais relacionados com o desenvolvimento da Mestria no

desempenho do papel de CI. Essa tendência é, desde logo, verificada na análise aos focos que estruturam a avaliação inicial (Tabela 18):

Tabela 18 – Focos de atenção na avaliação inicial

Familiar Dependente	
Consciencialização sobre o estado de saúde	
Perceção das mudanças	
Significado atribuído à situação de saúde	
Expectativas face à sua situação de saúde	
Participação nas actividades de AC	
Comportamentos de adesão	
Capacidade cognitiva	
AC	
Processos dos sistemas corporais	
Sistema respiratório	
Sistema urinário	
Sistema gastrointestinal	
Sistema tegumentar	
Sistema músculo-esquelético	
Queda	
Familiar Cuidador	
Consciencialização do papel	
Perceção de mudanças	
Significado atribuído ao desempenho do papel	
Expectativas face ao desempenho do papel	
Perceção de AE	
Apoio da família/ SS	
Coping	
Adesão ao plano de cuidados	
Capacidade cognitiva	
Conhecimento para o desempenho do papel	
Capacidade para o desempenho do papel	

De acordo com o exposto na tabela anterior, verificamos que se antes (M_1) eram os processos corporais relativos à PD os que recebiam maior atenção na avaliação inicial (cf. Tabela 3), a transformação induzida nos CE no sentido da facilitação da transição para o desempenho do papel, assumindo o FC e a PD como alvos de avaliação, inclui áreas que ultrapassam a dimensão física e se estendem a focos de atenção relacionados com a exploração do modo como cada um integra e interpreta a experiência de transição, dos comportamentos e atitudes face à situação de transição, designadamente, os relacionados com a “consciencialização”, os “significados”, as “expectativas”, a “adesão”, a “PAE” e o “coping”.

Os processos corporais, mantendo-se como áreas de atenção na avaliação inicial, são agora explorados no sentido de identificar o risco de compromisso destes mesmos processos ou de identificar fatores que indiciem a existência do potencial de autonomia da PD para o desempenho de actividades de AC.

E₃ - “Estávamos muito centrados na dimensão física... o facto de termos feita esta organização dos cuidados incluindo outras dimensões... como a afectiva, a relacional, melhora o modo como prestamos os cuidados ao dependente e cuidador.”

E₆ - “Também, não quer dizer que não o fizéssemos. Se calhar não dávamos a mesma importância... Estar, agora, explícito que estas são, também, dimensões dos nossos cuidados faz-nos lembrar que elas existem e que são igualmente importantes.”

O AC, antes avaliado na perspectiva de identificação do grau de dependência (como critério de admissão à UCD), mantém esta tendência na avaliação inicial estruturada na fase pós-mudança, no entanto, acrescida da intenção de ultrapassar a visão global de dependência e identificar, por domínio de AC, as atividades em que a PD apresenta potencial de autonomia no sentido da sua manutenção/promoção. A utilização/necessidade de equipamentos por domínio de AC constitui uma ampliação importante na avaliação inicial, na medida em que visa não só a identificação de equipamentos para compensar compromissos já instalados mas, também, dos que poderão representar acréscimo na autonomia da PD e/ou diminuição da sobrecarga do FC. E este foi um aspeto recorrentemente identificado pelos enfermeiros como um ganho de competências no seu desempenho profissional, com repercussões na melhoria da qualidade dos CE, representado pelo desenvolvimento de conhecimentos sobre o leque de recursos disponíveis facilitadores do desempenho de actividades de AC pela PD e do desempenho do papel do FC.

E₄ - “Sem dúvida que isto aumenta o nosso conhecimento e significa melhores CE. Quem diria a quantidade de equipamentos que existem? E, muitos deles, representam autonomia para a PD e diminuição da carga de trabalho do FC.”

E₆ - “Quando vi o formulário fiquei espantado com a quantidade de equipamentos que podemos recomendar. E, muitos deles, estão para além daquilo que é a nossa rotina e que são muito importantes para os cuidadores e para os dependentes serem mais autónomos”

E₈ - “Não fazia ideia de todo este leque de equipamentos... e muitos deles podem ser recomendados aos cuidadores...”

E₁₆ - “Estamos muito habituados a recomendar sempre os mesmos equipamentos... eu falo por mim: desta lista que agora temos muitos deles eu desconhecia...”

E₁₂ - “A gente recomendava a algália, a SNG, a cama articulada, a fralda, muito a fralda, mas agora ficamos conscientes de que há muito mais que podemos sugerir aos cuidadores e que até lhes pode aliviar o trabalho...”

A intencionalidade atribuída à exploração do AC reportou a necessidade de utilização de um impresso - escala - que permitisse, por um lado, manter o critério de elegibilidade para admissão do cliente à UCD mas, sobretudo, que proporcionasse a possibilidade de avaliação mais apurada do desempenho da PD por domínio de AC, o que facilitaria a prescrição de IE não só de substituição como também de promoção da autonomia da PD e de facilitação do desempenho do papel do FC. E se, inicialmente, a receptividade dos enfermeiros à mudança no instrumento de avaliação da capacidade de desempenho das atividades de AC fosse baixa, a reflexão e utilização da nova escala adotada resultou numa mudança de atitude:

E₈ - “Sem dúvida que ficamos a conhecer com precisão onde é que o dependente necessita de ajuda...”

E₄ - “Lembro-me que às vezes os cuidadores me dizem que se aperceberam tarde de mais que se tivessem posto os seus familiares a fazer o que eles eram capazes de o fazer não estariam tão dependentes como estão agora. E de facto se nós tivermos, no início, a noção daquilo que o dependente é capaz de fazer, sem dúvida que devemos incentivar. Fica o dependente a ganhar e, sobretudo, o cuidador deixa de ter que fazer tudo pelo dependente.”

A referência para a sensibilização sobre aspetos, mesmo que mais comuns, dos CE é, também recorrente nos discursos dos enfermeiros como potenciador da melhoria dos CE:

E₁ - “o modo como, agora, organizamos os cuidados desperta-nos para uma maior atenção para determinadas áreas ... Por exemplo, a obstipação... Só dávamos por ela quando o cuidador nos dizia... Agora focamo-nos em IE no sentido de evitar que ela aconteça...”

E₆ - “O mesmo se passa com o cuidador... a questão da sobrecarga: só dávamos por ela quando o cuidador apresentava já sintomas de que ela se tinha instalado...”

E₈ - “E o modelo faz-nos mudar de atitude em relação a estes e outros aspetos... não vamos trabalhar por demanda... vamos anteciparmo-nos aos problemas...”

Também em relação aos enunciados no âmbito da atividade diagnóstica, verifica-se, tal como em relação à avaliação inicial, a ampliação das áreas de atenção que estruturam os CE, contribuindo, com maior peso, para este efeito os focos referentes ao FC (Tabela 19):

Tabela 19 – Focos sujeitos a atividade diagnóstica

Familiar Dependente
Consciencialização sobre o estado de saúde
Participação nas actividades de AC
AC (Tomar banho; Vestir-se e despir-se; Arranjar-se; Alimentar-se; Usar o sanitário; Elevar-se/Virar-se; Transferir-se; Usar cadeira de rodas; Andar; Tomar a medicação)
Úlcera de pressão
Eritema pelas fraldas
Status nutricional
Desidratação
Limpeza das vias aéreas
Aspiração
Obstipação
Impactação
Rigidez articular
Pé equino
Confusão
Queda
Hipoglicémia/hiperglicemia
Hipertensão
Infeção do sistema urinário inferior
Dor
Queda
Familiar Cuidador
Consciencialização do papel
Perceção de AE
Perceção sobre o apoio da família
Perceção sobre o apoio dos serviços de saúde
Coping
Sobrecarga por stress
Conhecimento (processo de doença; condição de dependência da PD; cuidados à PD; recursos de apoio para assistir no AC à PD; regime medicamentoso; regime dietético; regime de exercício)
Capacidade para assistir PD por domínio de AC

Em relação à PD, a “*úlcera de pressão*” enquanto foco de atenção sujeito a atividade diagnóstica com maior significado na fase pré-mudança (cf. Tabela 5) mantém-se na reestruturação dos CE. Outros como o AC, a Dor e o Eritema, que na fase pré-mudança

representavam entre 0 a 10.0% dos focos de atenção sujeitos a actividade diagnóstica, na reestruturação dos CE são mantidos e assumidos como áreas de atenção igualmente prioritárias dos CE. Os restantes focos anteriormente identificados (M1) reverterem para a actividade avaliativa enquanto dados de apoio à tomada de decisão diagnóstica.

No que diz respeito ao FC, o “*conhecimento*”, apresentando-se como um foco de atenção sujeito a actividade diagnóstica na fase pré-mudança (M1), embora com um peso relativo no total dos focos identificados de 3.3% (cf. Tabela 5), vê a sua ampliação, desde logo, pela sua assunção como área de atenção prioritária dos CE, como também pela maior abrangência de subáreas de atenção, que antes circunscritas à “limpeza das vias aéreas”, à “*prevenção de úlcera de pressão*” e ao “*regime dietético*” (cf. Gráfico 9), incluem, para além destas, o conhecimento sobre o “*processo de doença*”, a “*condição de dependência da PD*”, os “*cuidados à PD*”, os “*recursos de apoio para assistir a PD no AC*”, o “*regime medicamentoso*”, o “*regime dietético*” e o “*regime de exercício*”. Para os enfermeiros, mais do que a ampliação das subáreas do “*conhecimento*” para o desempenho do papel, é a sua sistematização no processo de prestação de cuidados que representa um acréscimo no potencial que os CE poderão ter no “bem-estar” do FC e PD:

E₁ - “A definição destas áreas do conhecimento aumentou a nossa visão. Estávamos muito fixados nas mesmas coisas para todos os cuidadores...”

E₆ - “Embora tivéssemos aquele impresso sobre os ensinamentos a fazer, agora o que o modelo nos dá é outra sistematização das áreas do conhecimento... com as que tínhamos e outras mais que concordamos serem importantes...”

Do mesmo modo, as “*capacidades*” para o desempenho do papel como área de atenção sujeita a actividade diagnóstica com um peso relativo no total dos focos identificados (M₁) de 5.6% (cf. Tabela 5) vêm-se ampliadas. De acordo com os enfermeiros, este é um acréscimo na qualidade dos CE, já que se reportam a cada domínio de AC, ultrapassando a capacidade de execução de técnicas (como verificado no M₁), consciencializando-os para a necessidade de implementação de IE no sentido do desenvolvimento de outras capacidades, em particular as relacionadas com a promoção da participação da PD nas actividades de AC.

E₇ - “estávamos muito centrados em orientar o cuidador para fazer tudo pelo familiar... O modelo tem a capacidade de nos despertar para a importância e necessidade de estimular o dependente a fazer o que ele ainda pode fazer.”

E₆ - “É importante levar o dependente a participar nos cuidados... o modelo tem esta capacidade...”

Os focos de atenção sujeitos a actividade diagnóstica relacionados com a “*aceitação do papel*” e não antes identificados (ou residuais) nas práticas em uso (M₁) emergem dos discursos dos enfermeiros como sendo fundamentais para a adequação e melhoria da resposta em CE na facilitação da transição para o desempenho do papel:

E₂ - “Pois, antes a nossa intervenção estava centrada na capacitação do cuidador para prestar os cuidados ao dependente sem termos em atenção a sua vontade para ser cuidador...”

E₅ - “Termos definido estas áreas como aspetos importantes dos CE permite-nos trabalhar os aspetos que poderiam condicionar o desenvolvimento dos conhecimentos e capacidades do cuidador...”

E₈ - “Sim. Para o sucesso dos CE no bem-estar de ambos, é importante promover a confiança do cuidador... ajudá-lo a compreender o que lhe está a acontecer e em que é que ele precisa do nosso apoio...”

Em termos do juízo diagnóstico associado a cada um destes focos, nos discursos dos enfermeiros é enfatizado o facto de, na reorganização dos CE, se contrariar a tendência verificada na fase diagnóstica (ou seja, a nomeação de estados negativos, alterados, comprometidos ou ineficazes) pela inclusão de juízos que reflectam a existência de estados julgados, potencialmente, como positivos ou negativos, o que faz emergir uma abordagem do potencial de desenvolvimento do FC/PD e da prevenção de complicações associadas à situação de transição.

E₁ - “A vertente da antecipação dos riscos está muito clara no modelo... Mais vale prevenir do remediar...”

E₆ - “Deixamos de estar virados só para a detecção dos problemas, mas também para a antecipação de riscos e para aproveitar o potencial de cada um no desenvolvimento da autonomia e da mestria do cuidador...”

E₈ - “E o modelo faz-nos mudar de atitude em relação a estes e outros aspetos... não vamos trabalhar por demanda... vamos anteciparmo-nos aos problemas...”

Ainda como aspeto valorizado pelos enfermeiros na reestruturação dos focos de atenção dos CE foi a sua inserção num modelo teórico de enfermagem o que permite uniformizar e dar sentido à prática de enfermagem na UCD.

E₁₁ - “O modelo veio, sem dúvida, responder a uma das nossas insatisfações. Está estruturado de acordo com uma teoria de enfermagem...”

E₁₄ - “Gostei muito do modelo (teórico) que discutimos... o da Meleis... Faz sentido no nosso contexto... na UD.”

E₁₆ - “Ter um modelo teórico a sustentar os CE dá-lhes mais sentido e permite uniformizar o trabalho da equipa (...) trabalhamos todos para o mesmo fim tendo por base os mesmos pressupostos...”

A redefinição e ampliação das *intervenções de enfermagem* é outra das subcategorias que emerge dos discursos dos enfermeiros relacionada com a “Qualidade dos CE”. O conjunto das IE que agora (M₂) integram o MAMCI amplia e redefine a acção de enfermagem no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel. Na perspectiva dos enfermeiros, tal significa um acréscimo na efetividade dos CE, adequando a resposta às necessidades da experiência de transição com aumento no potencial de desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel de CI. A redefinição das IE, sobretudo no que diz respeito ao FC, tende a melhorar a abordagem ao cliente, consciencializando para as IE “mais esquecidas” dos cuidados.

E₁ - “Ultrapassamos as IE que se centravam nas técnicas e nos ensinamentos...”

E₆ - “(...) o treino do cuidador e, sobretudo do dependente, eram acções muito esquecidas...”

E₈ - “Por exemplo, a vigilância estava muito virada para as feridas... portanto, estava muito virada para o dependente. As IE tal como definimos no modelo lembram-nos da importância de ir acompanhando a evolução do cuidador...”

E₁₅ - “O que achei muito interessante foi termos definido acções de envolvimento do cuidador na definição dos cuidados ao dependente. Na nossa rotina diária isto não entrava...”

E₁₃ - “O envolvimento do cuidador mas, também, o facto de o ajudarmos a definir o que deve e pode fazer pelo dependente e, também, por si... Seguramente isto não estava na minha cabeça...”

E₁₅ - “Pois, e isto faz a diferença... prestamos melhores cuidados...”

Na análise relativa às IE tendo como momentos de comparação a fase diagnóstica do estudo (M₁) e a fase pós-mudança (M₂), embora não se verifiquem alterações no que diz respeito aos domínios hierárquicos superiores da CIPE® do eixo da “Ação”, verificam-se transformações nos seus domínios mais específicos, assim como em relação ao alvo a quem elas se destinam, constatando-se, assim, a ampliação das IE.

Assim, as IE situadas nos domínios “*Determinar*” e “*Executar*” e no domínio “*Informar*”, na fase diagnóstica (M₁) dirigidas, respetivamente, à PD e ao FC, assumem como alvo, na fase pós-mudança (M₂) tanto a PD como o FC no pressuposto de que ambos necessitam de IE no sentido:

- i) do acompanhamento e monitorização das condições e da evolução, quer do estado de saúde e manutenção/reforço da autonomia da PD, quer do desempenho do papel pelo FC (antes centradas na evolução dos compromissos corporais existentes, nos comportamentos de adesão do FC ao regime dietético/medicamentoso da PD e aos dispositivos recomendados e na detecção de emoções negativas do FC); verifica-se, com a mudança, a introdução de IE no sentido de explorar os efeitos das mudanças, expectativas e significados associados ao desempenho do papel e à dependência no AC, seja no FC, na PD ou na família, assim como de avaliar as necessidades de apoio no processo de transição. Do mesmo modo, as acções de monitorização, para além das já anteriormente assumidas nos CE, incluem o acompanhamento dos comportamentos de adesão ao plano de cuidados, quer da PD quer do FC, do desenvolvimento de competências para o desempenho do papel e de reconstrução da autonomia para o AC, e do apoio da família;
- ii) da realização de técnicas de enfermagem e da demonstração daquelas a serem executadas pela PD e/ou pelo FC;
- iii) de os orientar antecipadamente para alterações expectáveis no desempenho do papel/condição da PD para a decisão em assuntos relacionados com a saúde, de fornecer informação sobre os aspetos relacionados com a reconstrução/manutenção da autonomia no AC e com o desempenho do papel, contribuindo para a clarificação e compreensão da situação de transição (antes tendo como alvo preferencial o FC, predominantemente no sentido da transmissão de conhecimentos); são acrescidas acções do tipo “*Instruir*” e “*Treinar*” (antes residuais nas práticas em uso na UCD) os comportamentos relacionados com o desempenho do papel e com a participação da PD nas atividades de AC as quais, para os enfermeiros, assumem significado na melhoria dos CE no sentido do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel.

E₄ - “Não estávamos suficientemente despertos para o treino do cuidador a realizar alguns cuidados ...e muito menos do dependente... agora a reflexão que fizemos permitiu que percebêssemos a sua importância e necessidade...”

E₆ - “Às vezes dou por mim a pensar no meu tempo de estudante e nos estudantes que recebemos em estágio... achamos que a teoria não basta e que quando estamos em estágio, com o treino, é que de facto aprendemos... Isto é o mesmo que se passa com o cuidador que ainda por cima tem que aprender tudo em menos tempo... Sem dúvida que vamos dar mais atenção a ações deste tipo...”

As IE inseridas nos domínios “Gerir” e “Atender”, antes (M₁) com baixa representatividade no total das IE identificadas (respetivamente 7,2% e 4,0%), na mudança operada nos CE assumem o mesmo significado que as IE inseridas nos domínios anteriormente referidos. Para além disso ampliam a sua ação já que se antes (M₁) reportavam IE de “Referir” para recursos de apoio ao desempenho do papel de CI situados na reparação de compromissos dos processos corporais e/ou de encaminhamento para outros profissionais de saúde em situação de desvio de saúde, na reorganização operada nos CE (M₂) as ações do tipo “Gerir”, assumem, também, a finalidade de referir para e de garantir recursos de apoio ao desempenho do papel não só numa perspetiva curativa mas, sobretudo, antecipatória ou de promoção da autonomia da PD e/ou de facilitação do desempenho do papel pelo FC.

Do mesmo modo, as IE do tipo “Atender”, antes (M₁) com o objetivo de apoiar o FC em situação de sobrecarga emocional, na reorganização operada nos CE (M₂) são alargadas no sentido de “apoiar” no planeamento e execução dos cuidados, de desenvolver a confiança do FC no desempenho do papel e de envolver a PD e a família no plano de cuidados.

A reorganização do *processo de prestação dos CE*, tal como definido no *MAMCI*, é outra subcategoria identificada no âmbito dos benefícios associados ao processo de mudança desenvolvido na UCD, com repercussões na melhoria da qualidade dos CE. Para os enfermeiros, a redefinição tanto das áreas de atenção como das IE tornou possível a sistematização e uniformização das diferentes etapas que o compõem, assim como expõe a articulação e complementaridade entre elas.

A avaliação inicial organizada em torno da exploração das condições facilitadoras e/ou constrangedoras da transição para o desempenho do papel de CI, assume como cliente o FC e a PD o que, para os enfermeiros, no âmbito da tomada de decisão sobre os CE, significa o respeito pela individualização e pelo “*melhor cuidado*”:

E₁ - “Se antes íamos fazer a admissão muito preocupados com o motivo de admissão, agora vamos a pensar que existem aspetos que vão para além disso e que são importantes para decidirmos o que é melhor para o cuidador e dependente...”

E₉ - “E é sem sombra de dúvida importante entrevistar o dependente, até porque só ele é que poderá dar dados que nos permitem perceber quais são as suas expectativas de evolução e o seu interesse em participar nos cuidados...”

E₁₁ - “E agora vamos com a nossa mente organizada para colher dados sobre o cuidador e que dados são importantes...”

E₁₅ - “O que acho muito importante é que já não vamos naquela perspetiva de ver o que temos que tratar, entre aspas...Agora é: o que podemos fazer para que o dependente se possa tornar mais independente, ou que pelo menos não se torne mais dependente, e como podemos aliviar a carga a que o cuidador habitualmente está sujeito...”

Se, por um lado, uma das desvantagens apontadas pelos enfermeiros seja a ampliação das áreas de avaliação inicial (aquando do momento de admissão), sobretudo pela assunção do FC enquanto cliente dos CE, significando maior dispêndio de tempo, por outro, consideram que tal poderá ser minimizado com o treino proporcionado pela sua utilização sistemática. Por oposição, nesta análise equacionam o benefício que uma avaliação exaustiva e direcionada para os fatores facilitadores/constrangedores da transição para o desempenho do papel de CI, em particular, o contributo para a melhoria da efetividade dos CE e para a qualidade da informação processada na sequência da interação com o cliente.

E₁₀ - “O guia de admissão é grande... agora tem o cuidador, por isso leva mais tempo...”

E₁₂ - “Leva mais tempo...mas é também com o tempo que vamos nos adaptando... depois será mais rápido.”

E₁₀ - “Pois...mas só assim é que podemos perceber quais são as reais necessidades de cada um: cuidador e dependente.”

E₁₁ - “Também sabemos com antecedência suficiente quando vamos ter uma admissão. Temos é que nos organizar de forma diferente...Não vamos deixar de colher os dados porque concordamos que são importantes para adequarmos os cuidados e fazermos o que é melhor para o cuidador e para o seu familiar.”

Como aspeto potenciador da qualidade dos CE é, também, referido pelos enfermeiros a definição de regras de associação entre os dados colhidos e os DE, o que facilita a tomada de decisão diagnóstica e dá sentido aos dados colhidos, nomeadamente, pela integridade referencial estabelecida entre eles.

A fase de planeamento dos cuidados, antes (M₁) quase invisível, ganha sentido na reorganização dos CE na UCD. A sistematização da etapa do planeamento de cuidados, na perspetiva dos enfermeiros, tende à implementação de IE adequadas e pertinentes no tempo e pessoa, e, portanto, mais efetivas quer em termos de desenvolvimento de competências para o desempenho do papel, quer em termos de manutenção/reconstrução da autonomia da PD, quer ainda de redução de riscos para a saúde do FC e/ou PD.

E₁₀ - “Agora com o plano de cuidados tal como está organizado, deixamos de nos fixar no penso, na SNG...Quando vamos fazer a VD, vamos com a ideia previa do que é importante fazer para além disso, ao dependente e ao cuidador...”

E₁₂ - “Nós fazíamos muito ao sabor do que ia acontecendo na VD...Agora vamos com o trabalho planeado em função das características específicas de cada pessoa...”

E₁₃ - “Estar a prestar CE em função daquilo que a pessoa necessita e do que já foi adquirindo com as nossas ações, com certeza que irá ao encontro daquilo que pretendemos: mais autonomia do dependente e mais mestria para o cuidador, não é assim Enfª Carmen?”

A associação entre cada DE e um conjunto de IE contribui para uma melhor decisão sobre aquelas que eram ou poderiam ser “esquecidas” no processo de prestação de cuidados. Não obstante, valorizam o facto do modelo não “obrigar” a prescrição ao conjunto de IE definidas para um dado DE, podendo acrescentar outras IE julgadas

necessárias o que, consideramos, dá lugar a um cenário interessante para em momentos posteriores se proceder à avaliação do modelo concebido e, por consequência, à sua ampliação e validação.

E₁₄ - “Ter uma lista de IE por cada DE funciona quase como um auxiliar de memória. E isto faz com que aquelas acções menos habituais passem a fazer parte do nosso dia-a-dia”

E₁₆ - “Partilho da mesma opinião. Acho que é uma vantagem termos esta lista... Mas também vejo como vantagem facto de nos dar a possibilidade de podermos pensar se ela faz sentido para aquele cuidador ou dependente... outra vantagem que também vejo, é que não estamos reduzidos só a esta lista... se acharmos que outras acções devem ser implementadas, podemos fazê-lo.”

Do mesmo modo, a sistematização da avaliação contínua da resposta do cliente aos CE, para além de responder à necessidade referida pelos enfermeiros na fase diagnóstica, possibilita a identificação da resposta do cliente aos CE. Se antes (M₁) os enfermeiros consideravam que o modo como os CE estavam organizados dificultava a avaliação contínua da resposta do FC/PD aos CE, com a transformação operada no processo de prestação de cuidados esta etapa vê-se facilitada com efeitos na continuidade dos cuidados. Definida e sistematizada pelo planeamento de cuidados, permite a comparação de status diagnóstico e a evolução para a identificação de resultados decorrentes dos CE. Na perspectiva dos enfermeiros este é um aspeto positivo da mudança operada nos CE, contribuindo para a continuidade de cuidados.

E₁₇ - “Até que enfim, conseguimos organizar os registos de modo a podermos ver o resultado do nosso trabalho ...

E₆ - “Os registos que fazíamos da VD eram muito descritivos. Tornava-se muito difícil e desmotivador percebermos qual foi a evolução conseguida. Embora tivéssemos uma ideia, ela não era partilhada, não era objetiva e facilmente acessível. Agora se em cada VD atualizarmos o plano de cuidados, identificando, os RE torna-se tudo mais fácil.”

8.2.2 - A documentação dos CE

As transformações operadas nos CE conduziram à *reformulação dos impressos* (alguns), nomeadamente os que se referem ao repositório da documentação que emerge do processo de avaliação inicial e contínua e do planeamento de cuidados.

Assim, o impresso que organiza e documenta a exploração inicial da experiência de transição para o desempenho do papel de CI, desde logo assumindo uma área para a colheita de dados relativa ao FC e a adoção de um referencial teórico de enfermagem na sua organização (o que não se verificou na fase diagnóstica deste estudo - M₁), para os enfermeiros melhora a utilidade dos dados colhidos, nomeadamente a inferência dos DE e a prescrição de IE, garantindo, ainda, a integridade referencial entre as diferentes etapas do processo de prestação de cuidados, o que trará benefícios no desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel pela possibilidade de individualização e de melhor adequação dos CE.

Mantendo a maior parte dos itens já existentes no “*Instrumento de colheita de dados de enfermagem*” em uso na UCD (M₁), a sua reformulação sistematiza e reflete a intenção dos enfermeiros de exploração da situação de transição quer do FC quer da PD na

perspetiva de caracterização das condições facilitadoras e/ou dificultadoras do desempenho do papel e de manutenção/reconstrução da autonomia da PD. Importa registar alguns dos excertos dos discursos dos enfermeiros:

E₃ – “De facto vemos no novo guia de colheita de dados muitos dos aspetos que já antes a gente colhia. No entanto, agora, eles estão muito mais organizados e fazem muito mais sentido...”

E₅ – “Há muita coisa no novo guia de colheita de dados sobre o cuidador que a gente até fazia... mas agora sem dúvida está tudo muito mais claro...”

E₁₅ – “Ah! Sobretudo o que me parece interessante é que nos desperta para a necessidade de colhermos dados sobre o cuidador tal como o fazemos para a PD e que antes era quase esquecido...”

Do mesmo modo, na experiência de validação do padrão de avaliação, as alusões nos discursos dos enfermeiros à importância de cada um dos itens nele incluídos e à necessidade do seu preenchimento, foi recorrente (NC):

E₂ – “Sabe enfermeira Carmen, no guia que tínhamos havia dados que por rotina não preenchíamos porque não víamos qualquer utilidade...Agora parece diferente; tudo faz sentido...”

E₅ – “O que vemos neste guia é que qualquer dado colhido é importante para adequarmos as nossas ações ao dependente e ao cuidador...”

E₁₀ – “Também o que não podemos deixar de referir é que vemos ligação entre os dados que colhemos e as etapas que vêm a seguir...”

E, sobre os impressos para a avaliação inicial, uma das mudanças valorizadas pelos enfermeiros é a introdução de novos instrumentos que permitem a identificação de “pequenos” ganhos, como é o caso da escala de avaliação da dependência no AC. Respondendo às características específicas dos clientes alvo da sua prática clínica, ultrapassa a classificação da dependência em termos globais, assumindo os seus domínios mais específicos de desempenho de atividades de AC. Paralelamente verbalizam a importância da sua aplicação sistemática, o que é facilitado pela adoção do plano de cuidados.

E₁₂ - “Pois, a escala da dependência dá-nos uma visão dos pequenos ganhos do dependente.”

E₁₃ - “Na maior parte das vezes não voltávamos a aplicar a escala de Barthel. O resultado era sempre o mesmo. Aqui, o resultado global pode ser o mesmo mas podemos ver pequenas diferenças que significam pequenos ganhos. E isto dá-nos satisfação...”

E₁₄ - “Por exemplo, há quanto tempo queríamos introduzir a escala de Zarit? Agora já está definido quando e como o fazemos e percebemos o seu sentido no todo dos cuidados que prestamos. Agora antecipamo-nos aos problemas e podemos ver de forma objectiva a sua evolução ”

E₁₆ - “A própria escala de Braden e de Morse. A gente já fazia. Mas agora ligando aos DE e às IE, tudo faz sentido, desde logo a sua reaplicação....”

O impresso relativo ao planeamento de cuidados – muito pouco utilizado pelos enfermeiros (M₁) - sofreu, igualmente, transformações. Introduziram-se padrões de documentação com alterações substanciais na sua estrutura. O “Plano de cuidados” passou a incorporar um conjunto de enunciados pré-definidos de DE, IE e de RE, com recurso aos termos definidos na CIPE® versão 2. Para os enfermeiros, tal como está estruturado facilita a sua utilização, indo ao encontro das suas expectativas, estabelecendo a articulação clara entre as fases de colheita de dados inicial e contínua, a

tomada de decisão diagnóstica e a prescrição das IE. O formato utilizado para o plano de cuidados permite uma visualização rápida sobre os DE ativos por cliente e das intervenções a serem implementadas, o que facilita o planejamento e a organização da interação com o cliente seja na recalendarização ou no dia de realização da VD.

E₁₇- “Este plano de cuidados veio mudar tudo... para já é de fácil preenchimento: já tem os diagnósticos e já tem as ações...”

E₄-“Sem dúvida que tal com está facilita a sua utilização ...Agora não podemos dizer que não fazemos porque é complicado...”

E₇- “Sim. Sem dúvida que reconhecemos a importância do plano de cuidados. Ajuda-nos a organizar o volume de trabalho que temos, pensamos naquela pessoa e nas suas necessidades específicas e, mais facilmente identificamos a sua evolução...”

Apesar de não se ter procedido a transformações ao impresso “*folha de registo de cuidados*”, a experiência de validação e implementação do MAMCI provocou alterações no volume de informação produzida neste impresso, aquando do período de validação, comparativamente com a identificada na fase diagnóstica deste estudo. Se antes a (quase) totalidade da informação produzida na sequência dos CE era nele documentada, verifica-se, após a implementação do MAMCI, a sua redução.

E₁₅- “Este plano de cuidados veio mudar tudo... para já é de fácil preenchimento: já tem os diagnósticos e já tem as ações...”

E₁₇-“Sem dúvida que tal com está facilita a sua utilização ...Agora não podemos dizer que não fazemos porque é complicado...”

E₁₀- “Sim. Sem dúvida que reconhecemos a importância do plano de cuidados. Ajuda-nos a organizar o volume de trabalho que temos, pensamos naquela pessoa e nas suas necessidades específicas e, mais facilmente identificamos a sua evolução...”

Paralelamente, verifica-se redução da duplicação de informação quer quando comparamos os impressos anteriormente existentes com os agora transformados, quando o fazemos em relação aos itens que constituem o próprio impresso, quer quando esta comparação é estabelecida com as notas de enfermagem.

E₁₆ “O que me parece é que os impressos que agora temos levam-nos a repetir menos informação...”

E₁₂-“Sim, até porque os que tínhamos antes já tinham repetição de dados. Nestes, isto, para já, não se verifica.”

A utilização de uma *linguagem* comum para enunciar e descrever os CE – a CIPE® - é referida como uma das importantes vantagens do processo de mudança na organização e documentação dos CE corporizada pelo MAMCI, não havendo, no discurso dos enfermeiros, a referência a qualquer aspeto negativo/desvantagem resultante do processo de mudança. E uma vez que nos discursos dos enfermeiros sobre a mudança operada a referência a desvantagens associadas ao uso da CIPE® era uma “*vertente*” omitida na sua reflexão, de forma explícita, ela foi colocada em debate pelo investigador:

I – “E em relação a desvantagens/aspetos negativos da adoção da CIPE como linguagem para os registos: o que acham?”

E₃ – “Bem, esta era sem dúvida uma necessidade e um interesse nosso que agora vemos concretizado. Para já não vejo qualquer desvantagem...”

E₅ – “Se antes a mesma coisa era dita de diferentes maneiras, agora este risco é muito menor ... o que também diminui as diferentes interpretações sobre o mesmo assunto.”

E₇ – “Na verdade requer investimento da nossa parte enquanto não estivermos totalmente habituados a ela... No entanto, isto até pode ser visto como uma vantagem e não como

desvantagem pois obriga-nos a pensar e discutir entre nós... por consequência, reflectimos mais sobre o que fazemos e como fazemos.”

Os excertos reproduzidos a partir dos *focus group* realizados levam-nos a acreditar que os enfermeiros vêem a utilização da CIPE® como um impacte positivo das mudanças operadas nos CE, estimulando a reflexão sobre a acção. No entanto, tal como verificado nas respostas abertas ao questionário (subcapítulo 8.1), reforçam a necessidade de mais formação sobre esta linguagem.

Para os enfermeiros, a documentação dos dados relativos à evolução dos clientes face aos DE, tal como está estruturada, é muito importante, quer para a continuidade e gestão dos cuidados, quer para a produção de indicadores sensíveis aos CE. Consideram que a adoção da CIPE® enquanto linguagem para a documentação dos CE e o compromisso dos enfermeiros para com a avaliação e documentação sistemática do *status* dos DE: i) criam o espaço para a produção de indicadores que darão informação sobre o efeito dos CE no desenvolvimento de competências do FC e sobre a prevenção do risco de complicações associadas à dependência no AC; ii) constituem substrato fundamental para a reflexão sistemática e necessária sobre as práticas e sobre as transformações a introduzir no sentido da melhoria da qualidade dos CE.

E₅ – “Se assumirmos o compromisso – como o fizemos – para fazermos os registos de acordo com as orientações definidas pelo MAMCI, por exemplo, em relação aos conhecimentos do cuidador, é possível identificar o número de CI que o desenvolveram... E isto é óptimo!”

E₇ – “Isto, as úlceras de pressão, o AC, a sobrecarga do cuidador ...”

Neste contexto, um efeito direto relacionado com a implementação dos padrões de documentação utilizando a matriz operativa do MAMCI levou à definição, com os enfermeiros, da matriz de indicadores dos CE em termos de estrutura, processo e resultado (Anexo XVII).

8.2.3 - A satisfação com a mudança

Nos discursos produzidos ao longo dos *focus group* realizados, no âmbito da categoria “*satisfação com a mudança*”, algumas das asserções fazem emergir subcategorias relacionadas com a experiência de “*reflexão sobre a acção*”, com o “*processo de formação*” e com o potencial de “*visibilidade externa*” que o processo de mudança encerra.

Assim, a satisfação dos enfermeiros com a metodologia utilizada – a “*reflexão sobre a acção*” - ao longo de todo o processo de investigação, apresenta-se clara nos seus discursos, em particular a encetada na fase de planeamento da acção e de reconstrução do modelo de cuidados.

As decisões, embora centradas numa 1ª fase no grupo restrito de discussão, foram sempre partilhadas e consensualizadas com todos os enfermeiros, o que determinou a verbalização de sentimentos de satisfação com o facto de, a partir da discussão sobre as

suas práticas, terem participado de forma livre e informada na decisão sobre as transformações introduzidas e no modo como os CE foram reorganizados, vinculando-os com a mudança. Para o efeito, consideram ter sido fundamental o facto de em diferentes etapas do processo lhes ter sido fornecida informação válida e fundamental para uma tomada de decisão informada.

E₁ – “Um aspeto que achei muito interessante, foi termos sido sempre ouvidos... ficamos com a sensação que nada teria que nos ser imposto... tivemos sempre uma palavra a dizer...”

E₁₃ – “Uma grande ajuda na forma como participámos foi ter um grupo de colegas que trabalharam previamente os aspetos e que depois nos apresentaram propostas para discutirmos ...Ter, previamente, esta informação foi importante para tomarmos as nossas decisões de forma mais refletida e informada.”

E₁₂ – “Às vezes já achava que eram muitas reuniões...Mas depois via que cada uma delas trazia coisas novas e, por isto, se transformava em mais um momento importante de pensar sobre o que habitualmente fazíamos...”

E₁₃ – “Eu também tive a mesma sensação...Mas depois pensava: esta é uma oportunidade para pensarmos sobre o que fazemos e, com a rotina do dia-a-dia, esquecemo-nos que isto é importante ou, então, deixamos passar o tempo...”

E₁₅ – “É claro que em todo este processo houve momentos - e há momentos - em que nos perguntamos se isto vale a pena. Às vezes a tendência é desistir...mas a verdade é que vemos: isto é nosso, fomos nós que construímos (...) e temos orgulho nele...”

Na perspetiva de Argyris e Shon (1982) estes são aspetos valorizados em processos cuja finalidade seja a introdução de mudanças baseadas em tomadas de posição partilhadas, potenciadoras da vinculação às transformações introduzidas.

Embora nos discursos dos enfermeiros surja a necessidade de mais formação no âmbito dos CC, em particular dos cuidados domiciliários, e sobre a CIPE[®], designadamente sobre sistemas de informação em enfermagem informatizados e organizados com esta linguagem, o “*processo de formação*” realizado na fase de co-construção do modelo de cuidados (capítulo 7.2), acrescido dos momentos de formação inerente às várias discussões encetadas ao longo do processo de investigação, é alvo de referências reveladoras de satisfação dos enfermeiros. Designadamente, permitiu ampliar a capacidade de discussão sobre os CE, nomeadamente sobre a CIPE[®] que se prolonga na relação com os estudantes de enfermagem.

E₄ – “Agora quando recebemos os estudantes em estágio e que eles elogiam o modo como trabalhamos, dá-nos muito gozo. Sentimos que valeu a pena.”

Paralelamente, o facto do plano de formação ter sido desenhado e decidido com os enfermeiros, atendendo às suas necessidades no contexto da prática clínica que desenvolvem e nos seus interesses específicos, contribuiu para o sucesso do projecto em que se envolveram conferindo ao processo formativo uma função indispensável.

E₄ – “Ter sido dada a oportunidade de darmos a nossa opinião sobre os conteúdos da formação contribui para a nossa motivação não só de aprender mas de transferir o que aprendemos para a prática do dia-a-dia.”

E₇ – “O facto da formação ter sido realizada com base em casos práticos contribui para a nossa aprendizagem e para melhor perceber o que queríamos mudar...”

E₁₁ – “Não há dúvida que hoje deu outra capacidade para discutir a nossa prática. E isto, falo por mim, ajudou-me a dar contributos para a mudança nos CE .”

E₁₇ – “A CIPE para mim era um bicho de sete cabeças, mas agora percebo que era porque tinha uma ideia errada dela. . (...) vou ser capaz de falar da CIPE de forma muito mais sustentada e dizer a outros colegas que vale a pena...”

Outra subcategoria da “satisfação dos enfermeiros” patente no discurso dos enfermeiros refere-se ao impacte externo do processo de mudança, representado pelo potencial de “visibilidade externa” que o “novo” modelo de reorganização e documentação dos CE encerra, assim como pelo reconhecimento da importância do trabalho realizado não só por colegas externos à UCD como pelos órgãos de gestão da instituição.

E₆ - “Já viu Enf^a Carmen os colegas a quererem o nosso trabalho para as suas unidades? Não é para a gente ficar orgulhosos?” (comentário produzido na sequência da apresentação de uma comunicação sobre o trabalho desenvolvido na UCD num congresso de enfermagem).

E₈ - “Quando estou com alguns colegas de outros serviços que conhecem o trabalho que fizemos na UCD, sinto-me orgulhoso quando eles me pedem para falar sobre ele, me pedem explicações...”

E₁₀ – “Comigo tem acontecido o mesmo... e eu sinto orgulho em falar da nossa experiência...”

E₁₇– “Há colegas que dizem: vocês estão muito à frente.”

A evolução para a definição de indicadores de avaliação dos CE, na perspectiva dos enfermeiros, aumenta o potencial de visibilidade externa dos cuidados prestados na UCD. Se antes (M₁) os enfermeiros consideravam que o modo como os CE estavam organizados não permitia a avaliação de ganhos sensíveis aos CE, com a transformação operada no processo de prestação de cuidados demonstram orgulho pelo facto de, implementado o modelo, ser possível a avaliação de ganhos ao nível da autonomia para o AC, do controlo dos riscos físicos associados à dependência e ao nível do desenvolvimento de competências para o desempenho do papel de CI. O potencial de produção de indicadores, identificado no MAMCI, foi enfatizado quer pela gestão da instituição onde a UCD se insere quer pelos enfermeiros do nível da prestação direta de cuidados. Os primeiros pelo facto de se constituir como um instrumento gerador de informação sustentadora da negociação sobre necessidades de dotação de enfermeiros; para ambos, porque poderá gerar a evidência, considerada necessária pelos enfermeiros logo no início da realização deste projecto de investigação, que justifica a importância dos CE no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de CI e, simultaneamente, para a manutenção/reconstrução da autonomia para o AC da PD.

E₃– “Isto, Enf^a. Carmen, permite-nos mostrar aos outros a importância dos CE que prestamos aqui na UCD”.

E₄ – Com isto, torna-se possível junto dos colegas (Conselho de Administração) sensibilizar para a necessidade de indicadores que ultrapassem o número de consultas, o número de VDs, dos injectáveis e dos pensos realizados ...”

E₇– “Poder justificar a necessidade de dotação de enfermeiros pela evidência do efeito que os seus cuidados produzem no dependente e seu cuidador é de facto outra coisa. Dá-nos muito mais poder... Até porque em relação à UCD a ideia que prevalece é de que os enfermeiros prestam cuidados, apenas, ao dependente...”

E₁₁– “Até agora têm-nos visto como os enfermeiros que vão à casa dos doentes para fazerem pensos, tratarem de algalias, SNG, medirem a TA, a glicemia capilar ou administrarem

medicamentos. Com isto podemos mostrar que fazemos isto e muito mais... e que há um trabalho quase invisível que é feito junto do cuidador...”

O reconhecimento pelos enfermeiros do nível de gestão de topo da utilidade dos dados para a gestão/investigação gerada pela documentação dos cuidados baseada numa estrutura de dados como a gerada pelo *MAMCI* - designadamente a possibilidade de poder constituir-se como um instrumento estratégico para a dotação de enfermeiros e para a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade ao nível da UCD e dar visibilidade aos resultados sensíveis aos CE - é entendida pelos enfermeiros como uma forma de reconhecimento e de visibilidade externa do trabalho desenvolvido. Para tal, contribuiu de forma determinante, o facto de ter sido assumido pelos órgãos de gestão o desenvolvimento do aplicativo informático para a documentação dos cuidados baseada no modelo de cuidados desenvolvido¹⁴⁵.

Da análise ao impacte produzido pela mudança na prática clínica de enfermagem na UCD, emergem como resultados relevantes, na perspectiva dos enfermeiros, o efeito sobre a melhoria da qualidade dos CE, constatando-se a viabilidade e aceitabilidade do modelo co-construído.

Na opinião da maioria dos enfermeiros, identificada através do questionário aplicado, o *MAMCI* é adequado, útil e facilitador da melhoria da resposta dos CE ao FC/PD, sendo exequível a sua implementação na prática clínica. Tanto os conceitos que estruturam o modelo, como as etapas que o organizam, apresentam-se claramente definidos, são representativos e facilitadores dos CE no âmbito da transição para o desempenho do papel de CI no sentido do desenvolvimento e alcance da Mestria, sendo atestada a sua adequação, utilidade e exequibilidade na prática clínica diária. No mesmo sentido vai a opinião dos enfermeiros em relação à reorganização da documentação dos CE. Ou seja, para a maioria dos enfermeiros, a mudança operada é adequada, facilitadora e útil à produção de informação sobre os CE, sendo exequível a sua aplicação na prática clínica de enfermagem na UCD.

Nos discursos dos enfermeiros (*focus group*) a melhoria da qualidade dos CE corporiza-se pelas mudanças relacionadas com a redefinição do cliente alvo dos cuidados, da intencionalidade atribuída à intervenção dos enfermeiros, dos focos de atenção sobre os quais recaem os CE e pela reorganização do processo de prestação de cuidados. Designadamente, com a mudança implementada assiste-se à assunção do FC, em interação com a PD, como cliente, entendidos não só na sua dimensão de “*corpo-função*” mas como “*agente intencional, desempenhando ações motivadas por razões baseadas em crenças e desejos*” (CIPE®, 2006, p. 43) mais coerente com a noção de

¹⁴⁵ No momento actual, está em desenvolvimento o processo de construção do aplicativo informático para a documentação dos CE baseado no modelo co-construído.

cliente identificada nos discursos falados dos enfermeiros na fase diagnóstica do estudo (M₁) e também, mais consentâneo com o veiculado por Meleis *et al* (2000), o que é corroborado pela redefinição das áreas de atenção dos CE. Mantendo as áreas no âmbito da função, assiste-se ao seu alargamento para domínios relacionados com o auto-conhecimento, o auto-conceito e com a relação interpessoal, determinantes na abordagem em CE a pessoas em processos de transição para o desempenho do papel de CI .

Do mesmo modo, a aproximação da finalidade dos CE dos propósitos que enquadram os CE na UCD, assim como das premissas que fundamentam a ação dos enfermeiros no âmbito da facilitação de processos de transição para o desempenho do papel de CI (Mc Cracken, 1994; Meleis, 2010; Schumacher, Jones & Meleis, 1999 *in* Meleis, 2010; Schumacher *et al*, 2000, entre outros), constitui um dos aspetos que na perspectiva dos enfermeiros contribui para a melhoria da qualidade da prática clínica de enfermagem na UCD.

A sistematização do processo de prestação de cuidados em torno dos focos de atenção definidos, contribui igualmente para a melhoria da qualidade dos CE já que respeita a integridade referencial entre as suas diferentes etapas com efeitos na tomada de decisão diagnóstica, na prescrição das IE e no acompanhamento da evolução do FC e PD em termos de desenvolvimento e alcance da Mestria do FC no desempenho do papel e de manutenção/ganhos de autonomia da PD.

A reformulação dos impressos para a documentação dos CE com base na reorganização introduzida na prática clínica e a adoção da linguagem CIPE[®] são, também, impactes identificados pelos enfermeiros na sequência do processo de mudança encetado, destacando-se o facto de contribuírem para a definição de indicadores de avaliação dos CE em termos de estrutura, processo e resultado.

A satisfação com o processo de mudança, traduzida pela oportunidade de reflexão sobre a acção, pelo desenvolvimento de conhecimentos e capacidades com efeitos na problematização e sustentação dos CE e por sentimentos de orgulho com o potencial de visibilidade externa dos cuidados na UCD, são impactes, igualmente, identificados pelos enfermeiros.

Através do questionário de opinião, para além destas vantagens, algumas nele já identificadas, acresce o potencial de desenvolvimento da investigação em enfermagem atribuído ao modelo de cuidados co-construído.

Como impactes negativos é recorrente a alusão ao tempo e às condições de trabalho menos favoráveis, no entanto, podendo ser ultrapassadas pela continuidade na utilização do modelo de cuidados. A necessidade de maior formação é, também, um dos impactes

negativos identificados pelos enfermeiros, o que, se numa primeira análise poderá ser encarado como constrangedor da continuidade da mudança introduzida, poderá vir a constituir-se como um novo polo de desenvolvimento pela capacidade de induzir novas oportunidades de reflexão sobre o modelo de cuidados co-construído.

Serão os benefícios identificados, em detrimento das desvantagens identificadas, suficientes para a manutenção do compromisso dos enfermeiros para com a mudança nos CE?

Terminamos este capítulo com uma das muitas frases proferidas pelos enfermeiros da UCD que, em nossa perspectiva, sintetiza o impacte pretendido com o processo de IA desenvolvido:

*E₆ - “Temos uma **nova forma de pensar e de fazer os CE**, que não tenho dúvidas trará benefícios para todos...Não há que voltar atrás. É seguir com o que fizemos e ver o que podemos, ainda, melhorar.”*

Conclusão

As mudanças sociodemográficas a que se tem assistido na sociedade actual levam ao reconhecimento dos FC como um importante recurso no contexto dos cuidados de saúde, em particular, dos cuidados de enfermagem domiciliários.

Cuidadores a percorrerem um caminho quase solitário na tomada de decisão sobre o *melhor cuidado* que se confrontam pela primeira vez com a responsabilidade pelo cuidado de um familiar dependente ou que, embora já a tenham assumido, confrontam-se com uma situação reconfigurada por novos contornos não fáceis de integrar na experiência anterior.

Hoje, é consensual o reconhecimento de que a prestação de cuidados a uma PD, sobretudo de longa duração, implica desgaste, com consequências na saúde do FC e da PD de quem cuidam (Driscoll, 2000; Shyu, 2000; Brito, 2002; Martins, 2002; Deeken *et al.*, 2003; Cruz *et al.*, 2004; Gljachen, 2004; Imaginário, 2004; McBride, White, Sourial & Mayo, 2004; Kim & Keshian, 2004; Ekwall *et al.*, 2005; Lage, 2005; Ribeiro & Paúl, 2006; Petronilho, 2006).

Na maioria dos estudos centrados na problemática dos CI emerge a importância e necessidade do apoio e do acompanhamento do FC como elemento fundamental na promoção da saúde e prevenção de complicações associadas ao desempenho do papel, com reflexos no bem-estar quer do FC quer da PD.

No âmbito das terapêuticas de enfermagem especialmente desenhadas para CI de PD aponta-se para a escassez de estudos desta natureza. A evidência identificada leva ao questionamento da ação profissional da enfermagem na facilitação do processo de transição para o desempenho do papel de CI. As IE no apoio aos CI carecem, frequentemente, de uma moldura teórica ou de um modelo operativo que facilite a tomada de decisão clínica assim como a documentação dos cuidados de enfermagem e que permita identificar os focos da ação profissional sobre os quais se podem produzir indicadores de ganhos em saúde (Andrade, 2009; Pereira, 2007; Petronilho, 2006).

Não obstante, alguns modelos e/ou abordagens foram identificados como tendo sido largamente aplicados no âmbito das terapêuticas de enfermagem a pessoas em processo de transição, em particular para o desempenho do papel de CI, designadamente a “*avaliação da prontidão*” (*assessment of readiness*), a “*preparação para a transição*”, a “*suplementação do papel*” (*role supplementation*) (Shumacher & Meleis, 1994 *in* Meleis, 2010), o “*cuidado transicional*” (*Transitional care*) e o “*debriefing*” (Meleis, 2010). De acordo com Meleis (2010), estas abordagens devem ser entendidas como exemplos de

molduras conceituais orientadoras das intervenções terapêuticas a implementar ao longo de processos de transição e não como uma representação exaustiva das possibilidades existentes.

Em qualquer destes modelos emerge como denominador comum a necessidade e importância da compreensão da experiência de transição para o desempenho do papel a partir do ponto de vista dos próprios FC, como a base para o planeamento e implementação de IE favorecedoras de respostas relacionadas com o reconhecimento e integração harmoniosa da prestação de cuidados nas suas vidas e da aprendizagem de capacidades relacionadas com o desempenho do papel.

Neste contexto, assume particular importância a Teoria das Transições de Meleis *et al.* (2000) e os contributos de outros autores como Shumacher *et al.* (2000) e Orem (1995) no âmbito específico dos FC assim como o quadro legislativo dos CC (Decreto Lei 101/2006 nº 108 de 6 de Junho), na resposta à necessidade de se estruturar os cuidados de saúde e, em particular, os de enfermagem, no sentido da assunção e valorização dos CI enquanto alvo de cuidados. Deste modo, evidencia o papel do enfermeiro como agente facilitador dos processos de transição para o desempenho do papel de CI, num contexto de proximidade de cuidados e de abordagem compreensiva das experiências individuais.

Os desafios colocados à enfermagem situam os CE aos FC como eixo estruturante dos processos de promoção de saúde. Centrados na facilitação da transição para o desempenho do papel, sustentam-se numa abordagem compreensiva e integradora dos fatores que a facilitam e/ou dificultam, num paradigma que permita a percepção da sua complexidade, globalidade, diversidade e unicidade.

É neste enquadramento que os enfermeiros, por um lado, se podem afirmar como elementos-chave na concepção de cuidados centrados nos FC e nas suas experiências de transição para o desempenho do papel e, por outro, podem assumir a liderança na formulação e aplicação de políticas conducentes ao desenvolvimento da investigação e de práticas em enfermagem que contribuam para a promoção da saúde dos FC e das PD de quem cuidam com efeitos na saúde das comunidades.

A transição para o desempenho do papel de CI enquanto domínio específico de enfermagem reforça a necessidade do seu desenvolvimento, tanto na sua vertente teórica como na sua vertente clínica, de modo a promover a aproximação entre os modelos conceituais da enfermagem neste âmbito e as práticas de cuidados que ainda se mantêm, sobretudo centradas no PD, silenciando necessidades e razões do FC.

Na tomada de decisão sobre que IE melhor facilitarão a transição para o desempenho do papel de FC de PD, é indispensável a identificação, com rigor, das suas potencialidades

e necessidades, constituindo-se os referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento destas mesmas práticas.

Procuramos promover o desenvolvimento da enfermagem na sua vertente disciplinar e profissional, pelos contributos gerados pelo estudo que realizamos na definição do seu corpo de conhecimentos, simultaneamente, convertendo-o em acção e inovação.

Assumindo um contexto clínico específico – a UCD do CSPD - partimos para a compreensão da prática de CE dirigidas aos FC e, com os enfermeiros, estabelecemos um plano de mudança orientado para o desenvolvimento de novas práticas centradas nestes clientes enquanto alvo de cuidados e nos seus processos de transição para o desempenho do papel.

Pela natureza metodológica do processo, seguimos uma trajectória flexível que adequamos à complexidade das interacções do contexto onde se pretendeu a produção de novos percursos da prática clínica com os FC e PD.

Na primeira fase da investigação procedemos à caracterização das práticas de CE em uso centradas no FC como unidade de cuidados analisando-as à luz dos modelos expostos relativamente aos processos de transição para o desempenho do papel de FC de PD.

No sentido da exploração das práticas em uso centradas no FC procedemos à caracterização da população alvo da UCD e à análise dos discursos dos enfermeiros, escritos (documentação dos CE) e falados (*focus group*), sobre os CE. A conjugação destes métodos permitiu-nos analisar e confrontar a descrição dos cuidados, quer pelos discursos dos enfermeiros, quer pela informação que emergiu dos dados documentados pelos mesmos.

No conjunto dos resultados obtidos, salientamos aqueles que nos pareceram mais relevantes na compreensão das práticas em uso, neste contexto específico de CE:

- i) o desempenho do papel dos FC que participaram neste estudo está muito próximo de um padrão de substituição da PD e pouco do seu envolvimento e compromisso para com a reconstrução da identidade de ambos na mudança que experienciam, sofrendo influência da dependência no AC, da condição de saúde da PD e da PAE do FC;
- ii) as práticas de CE em uso na UCD são sobreponíveis ao padrão de desempenho do FC, sendo, também, orientadas para a capacitação do FC no sentido da substituição da PD nas atividades de AC em que ele é totalmente dependente mas, também, naquelas em que apresenta potencial para as realizar de forma autónoma.
- iii) o alvo predominante dos CE é a PD encarado numa perspectiva de reparação dos danos causados pela dependência;

- iii) os CE dirigidos ao FC centram-se no desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades (menos) para o cuidado numa perspetiva curativa e da sua instrumentalização para o cuidado à PD, sem estarem fundamentados numa perspetiva compreensiva da experiência de transição;
- iv) a ausência de modelos conceituais favorecedores de uma abordagem centrada nos fatores facilitadores/constrangedores da transição para o desempenho do papel de FC de PD.

A reflexão sobre o diagnóstico realizado despertou nos enfermeiros o compromisso para com a reconstrução dos CE em uso no sentido da sua efetividade no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC. Esta disposição para a mudança constituiu-se como um factor fulcral do processo, promovendo uma cultura favorecedora de novas práticas centradas no FC e no desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel.

Assim, demos lugar à fase seguinte do processo de investigação – Planeamento da Ação – que permitiu a definição conjunta do plano de implementação da mudança. Sendo consensual a necessidade de alterar o modelo em uso, foram definidas estratégias de mudança centradas na implementação de um processo formativo e na redefinição do modelo de CE em uso, tendo o FC como alvo, sendo a finalidade dos CE o desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel. Aprovado o plano para a mudança, nomeadamente pelos órgãos de gestão da instituição, deu-se início à fase referente à Implementação da Ação.

Para o processo formativo foram consensualizados objectivos centrados na reflexão sobre o enquadramento dos CC e dos cuidados domiciliários no contexto geral dos cuidados de saúde, sobre os CE a famílias com FC de pessoas dependentes no AC e sobre o processo de documentação dos cuidados.

Desde logo entendeu-se a complexidade que qualquer decisão comportaria, sendo por isso construídos consensos sobre a concretização da redefinição do modelo em uso, designadamente:

- i) co-construção de um modelo de CE facilitador do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel de FC;
- ii) operacionalização do modelo através da definição dos dados para a avaliação, inicial e contínua, das áreas de atenção com relevância para a prática de enfermagem, dos DE, IE e RE com significado para os CE;
- iii) adequação dos padrões de documentação à estrutura do modelo de cuidados co-construído.

Na concretização das actividades planeadas utilizámos a técnica de *focus group*, dinamizados no pressuposto do envolvimento de todos os enfermeiros na tomada de decisão, sendo, para o efeito, mobilizado e valorizado o conhecimento prático dos intervenientes no sentido da criação de um contexto favorável à mudança que se pretendia participada.

Na co-construção do modelo de CE, além da análise global da interrelação dos conceitos patentes na Teoria das Transições de Meleis *et al* (2000) com os constructos associados às categorias do modelo, discutiram-se situações reais de cuidados que permitiram ampliar a visão sobre os CE. Assim, definiram-se as áreas e os dados avaliativos que permitissem a compreensão dos conceitos centrais e a operacionalização da avaliação.

Pretendendo a concepção de um modelo dinâmico e interactivo, foram definidos a partir das áreas de atenção os conjuntos diagnósticos que, com o FC e PD, através da identificação do seu potencial e fragilidades, permitisse esboçar um plano de cuidados facilitador do desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel. Os dados avaliativos foram organizados por cada DE, de modo a apoiar a tomada de decisão sobre os mesmos. Por último, procedeu-se à consensualização sobre as IE que promovessem e facilitassem o desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel.

Finalizada a etapa de reconstrução e operacionalização do modelo de CE designado como *MAMCI*, mantiveram-se as reflexões em grupos de enfermeiros, no sentido de estabelecer padrões de documentação que fossem com ele congruentes e, simultaneamente, passíveis de serem utilizados na prática clínica diária. A reconstrução dos padrões de documentação no processo de mudança foi inserida na expressão desta necessidade pelos enfermeiros, em particular pelo facto da informação produzida poder dar visibilidade aos CE em contexto domiciliário, traduzir conhecimento em enfermagem a FC de PD e, não menos importante, favorecer o planeamento de actividades e assegurar a continuidade dos CE.

Concluído o percurso de reorganização dos CE em uso na UCD, procedemos à avaliação do impacte da mudança, na perspectiva dos enfermeiros, em termos de viabilidade, aceitabilidade e benefícios por ela produzidos tendo como base critérios de exaustão, clareza, adequação, utilidade, facilitação e exequibilidade do modelo de cuidados e dos elementos que o estruturam à/na/da prática clínica na UCD. A avaliação do impacte foi também efectuada a partir das vantagens/desvantagens do processo de mudança encetado.

Da análise ao impacte produzido pela mudança na prática clínica de enfermagem na UCD, emergem como resultados relevantes, na perspectiva dos enfermeiros, o efeito sobre a melhoria da qualidade dos CE, designadamente pela redefinição do cliente alvo

dos cuidados, da finalidade e dos focos de atenção sobre os quais recaem os CE e pela reorganização do processo de prestação de cuidados. A reformulação dos impressos para a documentação dos CE com base na reorganização introduzida na prática clínica e a adoção da linguagem CIPE[®] são, também, benefícios identificados pelos enfermeiros na sequência do processo de mudança encetado, destacando-se o facto de contribuírem para a definição de indicadores de avaliação dos CE em termos de estrutura, processo e resultado.

A satisfação com o processo de mudança, traduzida pela oportunidade de reflexão sobre a acção, pelo desenvolvimento de conhecimentos e capacidades com efeitos na problematização e sustentação dos CE e por sentimentos de orgulho com o potencial de visibilidade externa dos cuidados na UCD, são impactes positivos, igualmente, identificados pelos enfermeiros.

O potencial de desenvolvimento da investigação em enfermagem pela implementação do modelo como referencial teórico e metodológico dos CE é também um dos impactes positivos referidos pelos enfermeiros.

A necessidade de mais tempo para os CE relacionada com a apropriação do modelo, as condições de trabalho menos favoráveis, a necessidade de maior formação são referidos pelos enfermeiros como impactes negativos da mudança.

O compromisso para com a finalidade do processo de investigação, isto é, com a manutenção do modelo de cuidados na prática clínica, é outro dos impactes identificados, corroborado pela opinião dos enfermeiros sobre a viabilidade e aceitabilidade do modelo co-construído tendo em conta a sua adequação e utilidade, por facilitar a implementação dos CE no sentido da melhoria da resposta às necessidades/potencialidades do FC/PD e ser exequível a sua implementação na prática clínica.

Face ao impacte da mudança gerada pela co-construção e implementação do *MAMCI* como instrumento concetual e metodológico dos CE, verificamos o compromisso para com uma prática de cuidados centrada no FC e no seu processo de desenvolvimento da Mestria no desempenho do papel fundamentada no modelo co-construído.

Nesta perspectiva, consideramos que o modelo apresenta sustentabilidade, dando contributos para o desenvolvimento da enfermagem centrada nos processos de transição para o desempenho do papel de FC e para a dependência no AC, constituindo-se também como factor impulsionador de práticas centradas numa abordagem compreensiva, potencializadora das fragilidades, forças e recursos destes clientes.

Numa posição reflexiva sobre o estudo desenvolvido, considerámos existirem algumas limitações que, do nosso ponto de vista, não colocam em causa a sua validade e

pertinência, por outro lado, descortinando áreas de desenvolvimento de novos estudos. Assim identificamos como limitações:

- i) a opção, em alguns momentos do estudo por métodos de natureza mais dedutiva em contraposição com a abordagem maioritariamente indutiva assumida no processo investigativo, não obstante, na nossa opinião, julgamos não ter posto em causa o carácter participativo e indutivo do estudo, permitindo, por outro lado, focalizar as discussões no sentido da co-construção de um modelo de cuidados facilitador da transição para o desempenho do papel de FC;
- ii) a realização do estudo apenas numa UCD, já que o alargamento a outras unidades de natureza semelhante para o desenvolvimento da investigação, embora aumentando a complexidade do processo de mudança, teria permitido maior ampliação e aprofundamento do *MAMCI*;
- iii) as condições organizacionais geradoras, em algumas etapas do processo, de flutuações no decurso da mudança, em particular, a saída de enfermeiros da equipa e a integração de novos elementos, acrescida da pressão verbalizada por alguns participantes em se manterem no grupo de discussão pelo facto do estudo ser aprovado pela instituição e considerado pela mesma como promotor de melhores práticas de enfermagem;
- iv) a complexidade inerente à ruptura com o paradigma de cuidados em uso, em alguns momentos geradora de tensão entre os enfermeiros que, apesar de reconhecerem a importância de mudanças nas práticas, enfatizavam a falta de tempo como factor constrangedor do processo de mudança.

Não obstante as limitações apontadas, mas sobretudo o facto de se ter caminhado para *“uma nova forma de pensar e de fazer os CE”* no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC, fazem emergir áreas a investigar potencializadoras do desenvolvimento do conhecimento e da acção profissional em enfermagem, com efeitos na avaliação do impacte na melhoria da qualidade dos CE decorrentes da utilização do *MAMCI* como estrutura concetual e metodológica, designadamente:

- i) o impacto da sua aplicação junto dos FC e PD, integrado em planos de acção apreciativos focados no que o faz funcionar, no que correspondeu ou excedeu as expectativas, no que pode ser melhorado e nas repercussões em termos de ganhos em saúde destes clientes;
- ii) o aprofundamento dos elementos que estruturam o modelo, com a ampliação das categorias avaliativas;
- iii) a especificação das intervenções que integram o *MAMCI*, evidenciando as actividades clínicas que promovam o ajuste entre a mudança pretendida e as intervenções propostas;

iv) o desenvolvimento da CIPE® no âmbito da acção profissional de enfermagem na facilitação da transição para o desempenho do papel de CI pela clarificação dos DE, IE e RE.

Em última análise, pensamos ter contribuído para o progresso da enfermagem pela melhoria das práticas e pelo desenvolvimento do conhecimento no âmbito da facilitação da transição para o desempenho do papel de FC em contexto domiciliário, pelo desenvolvimento de um modelo de cuidados centrados no FC, com enfoque no desenvolvimento do conhecimento, capacidades e recursos (internos e externos) necessários para providenciar o *“melhor cuidado”*, de modo a que a transição para o desempenho do papel se concretize numa experiência positiva.

No modelo co-construído, concebido com base na teoria das Transições de Meleis *et al* (2000), no propósito do desenvolvimento e alcance da Mestria no desempenho do papel de FC, a definição das áreas de atenção permite a implementação de estratégias conducentes à produção de resultados sensíveis aos CE, sendo um contributo importante para a criação de espaços qualificantes geradores de conhecimento.

Referências Bibliográficas

- Allen, V. & van de Vliert, E. (1984). *Role transitions: explorations and explanations*. New York: Plenum Press.
- Alfaro, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Alves, C. (2007). *Comportamento organizacional. A gestão da crise nas Organizações*. Escolar Editora.
- Amendoal, F. (2007). *Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa de saúde da família do município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade de São Paulo.
- Andrade, F.M.M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde apresentada à Universidade do Minho.
- Andrade, C. (2009). *Transição para prestador de cuidados. Sensibilidade aos cuidados de enfermagem*. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 61-71.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in caregiving. The unexpected carer*. San Diego: Academic Press.
- Apóstolo, J., & Gameiro, M. (2005). *Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica*. *Referência*, 2ª serie (1), 29-38.
- Araújo, I. M.; Paúl, C. & Martins, M. M., (2009). Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: Desafios de Quem Cuida. *Ciência Cuidar Saúde*, (abril - junho), 191-197.
- Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375–384.
- Argyris, C., Schön, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Argyris, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.
- Ayres, L. (2000). Narratives of family caregiving: the process of making meaning. *Research in Nursing & Health*, 23, 424-434.
- Azevedo, G. & Santos, V. (2006). Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. *Rev Latino-americana Enfermagem*, 14(5).
- Bandura, Albert (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baskerville, R. (1999). Investigating Information Systems with Action Research, Communications of the Association for Information Systems, volume 2 (article 19), October.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Berg-Weger, M. & Tebb, S. (2003-2004). Conversations with Researchers about Family Caregiving, trends and future directions. *Family Caregiving*, 9-16.
- Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003) Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 402-410.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora
- Bolander, Verolyn Rae (2010). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boyd, C. (1993). Philosophical foundations of qualitative research. In P. Munhal, & C. Boyd, *Nursing research, a qualitative perspective*. New York: National League for Nursing.
- Brereton, L. (1997). Preparation for family care-giving: stroke as a paradigm case. *Journal of Clinical Nursing*, 6 (6), 425-434.
- Brereton, L., & Nolan, M. (2000). You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving – the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 498-506.
- Brereton L.; Nolan M. (2002). "Seeking": a key activity for new family carers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 22-31
- Brereton, L. & Carroll, C. & Barnston, S. (2007). Interventions for adult family caregivers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 21, 867-884.
- Brêtas, A. C. P. & Yoshitome, A. Y. (2000). Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 111-113). São Paulo: Atheneu.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Burgess, R. (1997). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta editora
- Cade, N. V. (2001). A teoria do deficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (3):43-50.
- Cameron, J. I. & Gignac, M. A. M. (2008). "Timing it right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70, 305-314.

- Campos, C & Ramos, F (2005). Contas e Ganhos na Saúde em Portugal: dez anos de percurso. In: *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*, 159-254. Lisboa: Casa das Letras.
- Campos, M. J. (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no auto-cuidado – Impacte da acção do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Cangelosi, P. (2009). Caregiver Burden or caregiver gain? Respite for family caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(9), 19-22.
- Carpenito, L. J. (2011). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 13^a. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, M. J. (2008). *Gestão e liderança na saúde: uma abordagem estratégica*. Grupo Editorial Vida Económica, Porto.
- Chappell, N., Reid, R., & Dow, E. (2001). Respite reconsidered. A typology of meanings based on the caregiver's point of view. *Journal of Aging Studies*, 15, 201-216.
- Charmaz, K (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. Chinn (Ed.), *Nursing Research methodology: issues and implementation*. Rockville: Aspen.
- Coleman, E.; Min, S.; Chomiak, A. & Kramer, A. (2004). Post-hospital care transitions: patterns, complications and risk identification. *Health Ser Res*. 39, 1449-1465.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008) *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crespo-López, M., & López-Martínez, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Cruz, D., Pimenta, C. , Kurita, G., & Oliveira, A. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15 (1), 5-14.
- Cuesta-Benjumea, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado: un estudio cualitativo de pacientes com demencia. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (12), 51-59.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing home entry. *Journal of advanced Nursing* 52 (6), 658 – 671
- Deeken, John F.; Taylor, Kathryn L.; Mangan, Patrícia; Yabroff, K. Robin & Ingham, Jane M. (2003). Care for caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 26, 4, 922-953.

- Dempsey P & Dempsey A. (2000). *Using nursing research. Process, critical evaluation, and utilization*. 5^a ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (org) (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F. (1992). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo*. Lisboa: Lusodidacta.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). *Exploring the link between self-esteem and externalizing problems: Low self-esteem is related to antisocial behavior and delinquency*. *Psychological Science*, 16, 328-335
- Driscoll, Andrea (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1165-1173.
- Ducharme, F.; Lebel, P.; Lachance, L. & Trudeau, D. (2004). Implementations and effects of an individual Stress Management Intervention for Family Caregivers of an Elderly at Home: a mixed research design. *Research in Nursing & Health*, 29, 427-441.
- Ducharme, F.; Trudeau, D. (2002). Qualitative Evaluation of a stress Management intervention for Elderly Caregivers at Home: a Constructivist Approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 691-713.
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado. Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Egry, Emiko Yoshikawa (2007). Um olhar sobre as ciências da enfermagem: as vertentes analíticas das práticas assistenciais. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 35(3), 265-270,
- Elliott, J. (1994). *El cambio educativo desde la investigación-acción*, Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Ekwall, A., Siverberg, B., & Hallberg, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis company.
- Fernandes, A. (2001) – Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 36, 39-52.

- Fernandes, J. (2009). *Cuidar no domicílio a sobrecarga do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Figueiredo, Daniela (2007). *Cuidados familiares ao idoso*. Lisboa: Climepsi.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (1ªed). Lisboa:Monitor.
- Fortin, M. F. (2003) – *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fonteyn, M. (1998). *Thinking Strategies for Nursing Practice* (1ª ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Fonteyn, M. & Ritter, B. (2008) Clinical reasoning in nursing. In Clinical reasoning in the health professions (Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. and Christensen, N. eds.) Elsevier, Boston
- França, J. (2010). *Saúde mental e necessidades nos cuidadores de familiares com demência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Fraser, C. (1999). The experience of transition for a daughter caregiver of a stroke survivor. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31(1), 9-16.
- García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Gaugler JE, Kane RL & Kane (2005). The longitudinal effects of early behavior problems in the dementia caregiving career. *Psychol Aging*, 20,100–116.
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Gljachen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *Journal of Supportive Oncology*, 2 (2), 145-155.
- Gitlin, L.N., Belle, S., Burgio, L., Czaja, S., Mahoney, D.F. & Gallagher-Thompson, D. (2003). Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: The reach multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychology and Aging*, 18, 361–374.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnoses: process and application*. St. Louis: Mosby.
- Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário. Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Grimmer, K., Falco, J., & Moss, J. (2004). Becoming a carers for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2(4). Disponível em <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol2num4/grimmer-carer%20issues.pdf>
- Grimmer, K., Moss, J., & Gill, T. (2000). Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of Life Research*, 9, 1005-1013.
- Guba, Egon G.; Lincoln, Yvonna S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (Ed), (1994). *Handbook of qualitative research*, (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., & Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 4, 323–330.
- Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoffmann, Frédérique & Rodrigues, Ricardo (2010). Informal carers: who takes care of them? *Policy Brief April 2010* – European Centre for social policy and research.
- Holter, I., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing* (18), 298-304.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: uma análise da visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Conceitos e Metodologias. BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação. Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011>
- International Council of Nursing (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nursing (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jesus, M. (1995). *Modelos de enfermagem e intervenções independentes de enfermagem*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Universidade Católica de Lisboa.
- Jesus, E. H. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Jewell, S. (1993). Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1288-1296.

- Kalra, L.; Evans, A.; Perez, I.; Melbourn, A.; Patel, A.; Martin, K. & Donaldson, N. (2004). Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs. *BMJ*, 328, 1099-1101
- Kaas, M.J, & Rousseau, K. G. (1983). Geriatric sexual conformity: Assessment and interventions in Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 145-152). Springer Publishing Company, LLC.
- Kim, Juan J. & Keshian, Jacqueline C. (2004). Old Old Caregivers: a growing Challenge on Community Health Nurse. *Journal of Community Health Nursing*, 11 (2), 63-70.
- Kelly, L. & Lakin, J. (1988). Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease. A case study. *Public Health Nursing*, 5(3), 146-152.
- King, R. B., Robert, J. H. & Denby, F. (2007). Problem-solving early intervention: a pilot study of stroke caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 32(2), 68-84
- Koshy, Valsa (2007). *Action research for improving practice. A practical guide*. London: Paul Chapman Publishing.
- Kralik, D.; Visentin, K. & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. In Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 72-83). Springer Publishing Company, LLC.
- Kosberg, J.I., & Cairl, R.E. (1991). Burden and competence in caregivers of Alzheimer's disease patients: Research and practice implications. *Journal of Gerontological Social Work*, 18(1/2), 85–96.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Ed.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-209). Lisboa: Climepsi Editores.
- Larson, J.; Franzen-Dhalin, A.; Billing, E.; Arbin, M.; Murray, V. & Wredling, R. (2005). The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 995-1003.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61–71.
- Lawton, M.P., Rajagopal, D., Brody, E., & Kleban, M.H. (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among Black and White families. *Journals of Gerontology*, 47, S156–S164.
- Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem. Mitos e realidades*. Loures: Lusociência.
- Leonardo, V. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Levine, C. (2004). Introduction: The many worlds of family caregivers. In C. Levine (Ed.), *Always on call: when illness turns families into caregivers* (pp. 1-18). Nashville: Vanderbilt University Press.

- Levine, B.S., Cartwright, J., Inoue, I., Stewart, B.J., & Archbold, P.G. (1998). Quality of family caregiving: A new measurement strategy. Unpublished manuscript, Oregon Health Sciences University, Portland.
- Lewin, K. (1952). *Field Theory in Social Science*. Londres: Tavistock Publications.
- Lincoln, Y. e Guba, E. (1991). *Naturalistic inquiry*. New York, Sage.
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais dos idosos com demência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Losada, A., Pérez-Penaranda, A., Rodríguez-Sánchez, E., Gomez-Marcos, M., Ballesteros-Rios, C., Ramos-Carrera, I., Campo-de la Torre, M., & García-Ortiz, L. (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50, 347-350.
- Lui, H.L. M.; Ross, F. M. & Thompson, D. R. (2005). Supporting Family Caregivers in Stroke Care. A Review of the Evidence for Problem Solving. *Stroke*. 36, 2514-2522.
- McCracken, A. (1994). Special care units: meeting the needs of cognitively impaired persons. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (4), pp. 41-46.
- McCloskey, J. & Bulechek, G. (1996). Nursing Interventions classification. Iowa intervention Project, 2ª ed., Mosby, St. Louis.
- McBride, K., White, C., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 192-200.
- Maramba P., Richards S., Myers A. & Larrabee J. (2004). Discharge Planning Process. Applying a Model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (2), 123-129.
- Marote, A. (2005). Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da região Autónoma da Madeira. *Sinais Vitais*, 61, 19-24.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins M. (2002). *Uma crise acidental na família. O doente com Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau,
- Meleis, A. I.; Swendsen, L. & Jones, Deloras (1980). Preventive role supplementation: a grounded conceptual framework. In Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp.515-522). Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: development and progress*. 2ª 2d ed. Philadelphia: Lippincott.

- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis A. I., Sawyer L., Im E., Messias D. & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, P. (1998). Cuidadores: heróis anônimos do quotidiano. In Krasch, U. M. (Org), *Envelhecendo com dependência: relevando cuidadores* (pp 147-170). São Paulo: Educ.
- Mezomo, J., C. (2001) – *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo: Ed. Manole
- Minkler, M. & Biller, R. (1979). Role shock: a tool for conceptualizing stresses accompanying disruptive role transitions. *Human Relations*, 32, pp. 125-140.
- Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade (2006). *Decreto - Lei nº 101/2006. de 06 de junho. Diário da Republica - I Série – A, Nº 109, 3856-3865*. Disponível em URL <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>
- Moneyham, L. & Scott, C. B. (1995). Anticipatory coping in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (7), 23-288.
- Monti, E. J. & Tinggen, M. S. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21 (4), 64-80.
- Moreira, A. (2011). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Morgan, D. L. (1997) – *Focus groups as qualitative research*. 2ª Ed. London: Sage
- Moorhead, Sue; Johnson, Marion & Mass, Meredean (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Morris, W. (1979). *American Heritage dictionary of the English language*. Boston: Houghton Mifflin.
- Morse, JM (2009). *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. New York: Springer Publishing Company
- Morse; J.; Field, P. (1998) – *Nursing Research: the application of a qualitative approaches*. 2ª ed. London: Stanley Thomes (Publishers) Ltd.
- Nolan, Michael R. & Grant, Gordon (1989), Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 950-961

- Nolan, M., & Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 305-311.
- Nolan, Mike; Ready, Jonh & Grant, Gordon (1995) Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 256-265.
- O' Leary, Z. (2004). *The essential guide for doing research*. London: Sage.
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002) Um Capítulo metodológico: os estudos de caso. In Oliveira-Formosinho, J & Kishimoto, T (2002). *Formação em contexto: uma estratégia de integração* (pp.89-108). São Paulo: Thomson Ed.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar: Competências dos Enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. Saint Louis: Mosby-Year Book
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavarini, S. C. I. & Neri, A. L. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 44(5), 583-594.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pereira, H. (2006). Subitamente cuidadores informais: da incerteza ao(s) pontos de equilíbrio. Uma análise do conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*, 10(2), 19-31.
- Pereira, E. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Relevância da definição dos cuidados prestados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Pereira, M., & Filgueiras, M. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 12 (1), 72-82.

- Pereira, H. (2011) *Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2005). *Análises de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. A. S. (2006). *Preparação do Regresso a Casa - evolução da condição de saúde do doente dependente no auto cuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Petronilho, F.A.S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods (7ªed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. (5ªed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Powell, R. A. & Single, H. M. (1996) – *Focus group*. International Journal of Quality in Health Care. 8 (5), 499 – 504.
- Qualls, S. & Zarit, S. (2009). *Aging families and caregiving*. New Jersey: Wiley and Sons.
- Ribeiro, O & Paúl, C (2006). Demência de Alzheimer e cônjuges cuidadores: homens em perspectiva. *Psychologica*, 42, 71-87.
- Ribeiro, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 231-254). Lisboa: Climepsi Editores,.
- Rotondi, A., J; Sinkule, K., Balzer, J., Harris, & Moldovan, R. (2007). A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic brain injury and their primary family caregivers. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 22(1), 14-25.
- Rocha, V. (2009). *O impacto dos cuidados informais: uma perspectiva diferente*. Tese de Mestrado em Trabalho Social apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rolo, L. (2009). *Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos*. Tese de Mestrado em Gerontologia apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no concelho da Lourinhã*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta, Lisboa.
- Santos, S. S.; Lopes, R.; Silva, B., Barros, L.; Silva, M.; Hammerschmidt, K. & Gautério, D. (2011). Action Research in the preparation a handbook of the standards, routines and tecnhics nursing. *Revista de Enfremagem UFPE on line*. Março/abril, 5 (spe), 426-34.

- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Schumacher, Karen L.; Meleis, Afaf Ibrahim (1994). Transitions: a Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Shumacher, Karen L. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9, 211-271.
- Schumacher, K.L., Stewart, B.J., & Archbold, P.G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 63–69.
- Schumacher, Karen L.; Jones, Patricia S. & Meleis, Afaf Ibrahim (1999). *Helping Elderly Persons in Transition: a Framework for Research and Practice*. In Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 129-144). Springer Publishing Company, LLC.
- Schumacher, K. L.; Stewart, B. J.; Archbold, P. G.; Dodd M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Schure, M. L.; Heuvel, E. T. P.; Stewart, R. S.; Witte, L: P.; Jong, B. M. (2006) Beyond Strokke: description of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 62, 46-55.
- Secretaria Regional da Saúde (2008). Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A de 12 de junho.
- Senge, P. (1990). *A quinta disciplina. Arte, teoria e prática da organização da aprendizagem*. 15ª Ed. Editora Best Seller. Círculo do Livro, S. Paulo.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Servick, M. A; Sereika, S & Matthews, J.T. (1994). Home-based ventilator-dependent patients: measurement of the emotional aspects of home caregiving. *Heart Lung*, 23(4), 269–278.
- Sherwood, P. R.; Given, B. A.; Given, C. W.; Schiffman, R. F.; Murman, D. L.; von Eye, A.; Lovely, M; Rogers, L. R. & Remer, S. (2007). The Influence of Caregiver Mastery on Depressive Symptoms. *Journal of Nursing Scholarship*, 39:3, 249–255
- Shoenfelder, D. P. (2000) Outcome Indicators for Direct and Indirect Caregiving. *Clinical Nursing Research*, 9 (1), 47-69.
- Sholssberg, N. K. (1981). A model for analysing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9 (2), 2-18.
- Shyu, Yea-Ing Lotus (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 619-625.
- Silva, A., & Pinto, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Silva, A. (2001). Reflexões sobre investigação centrada no contexto da acção das práticas de enfermagem. *Nursing*, 161, (Dez), 14-20.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa de mudança*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Smith, J.; Borcchelt, M.; Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and well being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues* 58 (4), 715-732
- Smith, L., Lawrence, M., Kerr, S., Langhorne, P., & Kennedy, L. (2003). Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 235-244.
- Smith, J.; Foster, A.; Young, J. (2004). A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 18, 726-736
- Sousa, P. A (2006) *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.
- Speziale, H. & Carpenter, D. (2003). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Steffen, Ann M. et al (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. Vol. 57B nº 1 p. 74-86.
- Strauss, A.; Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Steffen, A.M., Mckibbin, C., Zeiss, A.M., Gallagher-Thompson, D., & Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journal of Gerontology*, 57B, 74–86.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.
- Stewart, B. J.; Archbold, P. G.; Dodd M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Susman, G.; Evered, R. (1978). *An Assessment of the Scientific Merits of Action Research*. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 23, Cornell University.
- Swendsen, L. A.; Meleis, A. & Jones, D. (1978). Role Supplementation for new parents. A role mastery plan.. In Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 523-531). Springer Publishing Company, LLC.

- Tavares, M. F. M. (2006). *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes dos Concelhos de Lagoa e Ponta Delgada, Açores*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais apresentada à Universidade dos Açores.
- Thyurst, J. (1957). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*. 9 (2), 2-18.
- Veiga, B.; Henriques, E.; Barata, F.; Santos, F.; Santos, I.; Martins, M.; Coelho, M. & Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos técnicos*. 2^a ed. revista. Lisboa: ACSS.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wilken, Carolyn S. & Isaacson, Mary (2005) Educating Caregivers of Geriatric Rehabilitation Consumers. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, Vol 21, nº4, 263-274.
- Wright, L., M. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariane.
- Zagonel, I. P. S. (1999) – O cuidado humano transicional na trajectória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*. Vol. 7, n.º3 (Jul), pp. 25-32

ANEXOS

Anexo I

Formulário de caracterização dos clientes da UCD

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

INQUÉRITO PRELIMINAR

- Aceita responder ao inquérito preliminar? ☐ Sim ☐ Não Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro
- Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

☐ Sim ☐ Não
- Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

☐ Sim ☐ Não
- Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

☐ Sim ☐ Não
- Aceita responder ao inquérito? ☐ Sim ☐ Não Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro

ALOJAMENTO

- Edifício de alojamento familiar

☐ Clássico: moradia

☐ Clássico: apartamento

☐ Clássico: outro tipo

☐ Não clássico (barraca, móvel, improvisado)
- Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

☐ Muito grandes ☐ Grandes ☐ Médias ☐ Pequenas ☐ Nenhuma
- Edifício com acessibilidade a PMC? ☐ Sim ☐ Não Área útil m² N.º divisões N.º ocupantes
- Alojamento com:

Sim	Não	Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrela		Instalação de banho ou duche	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Água canalizada		Aquecimento	

FAMÍLIA

- Tipo de família

☐ Clássica sem núcleo

☐ Clássica com um núcleo

☐ Clássica com dois núcleos

☐ Clássica com três núcleos
- Rendimentos do agregado / mês

☐ Até 250 euros

☐ De 251 a 500 euros

☐ De 501 a 1000 euros

☐ De 1000 a 2000 euros

☐ De 2001 a 5000 euros

☐ Mais de 5000 euros
- Número de membros da família

**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO****Perfil 1**

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? ☐ Sim ☐ Não

Sexo

☐ M ☐ F

Idade

--	--

Estado civil

- ☐ Casado/União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorçado

Nacionalidade

☐ Portuguesa

☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (8 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Parenjesco

- ☐ Marido / Esposa
☐ Pai/Mãe
☐ Filho/Filha
☐ Irmão/Irmã
☐ Altridade (nono; padrinho; curfado)
☐ Sem grau de parentesco
☐ Outra

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Perfil 2

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? ☐ Sim ☐ Não

Sexo

☐ M ☐ F

Idade

--	--

Estado civil

- ☐ Casado/União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorçado

Nacionalidade

☐ Portuguesa

☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo
☐ Ensino básico - 2.º ciclo
☐ Ensino básico - 3.º ciclo
☐ Ensino secundário
☐ Ensino superior

Parenjesco

- ☐ Marido / Esposa
☐ Pai/Mãe
☐ Filho/Filha
☐ Irmão/Irmã
☐ Altridade (nono; padrinho; curfado)
☐ Sem grau de parentesco
☐ Outra

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I I - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo

- ☐ M
☐ F

Idade

--	--

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorçado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Situação que originou a dependência

Sim Não

- ☐ Envelhecimento
☐ Acidente
☐ Doença aguda
☐ Doença crónica
☐ Outra

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Instalação da dependência

- ☐ Súbita
☐ Gradual

Tempo de dependência

		Anos			Meses
--	--	------	--	--	-------

Consumo medicamentos

- ☐ Não
☐ Sim

Variedades de fármacos (n.º)

--	--

Número de fármacos nas tomas/dia

--	--

Inserimentos no último ano

- ☐ Nenhum
☐ Um
☐ Dois
☐ Três
☐ Mais de três (especificar)

--	--

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- ☐ Nenhuma
☐ Uma
☐ Duas
☐ Três
☐ Mais de três (especificar)

--	--

AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoas	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objetos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência dá banho ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar? vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar? vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- ☐ Na cama
☐ No chuveiro/banheira
☐ Outro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Assento suspenso para banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Barras de apoio para banho

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Cadeira de banho (fixa/giratória)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Cadeira higiénica

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Elevador de banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Lava cabeças para acamados

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro

Aniderrapane

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações de residência ☐ Outro



Para:	Se não-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensar o cabelo ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rejeita as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se gura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ve-se as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ve-se as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aboya as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desaboya as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aboia/desaboia a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abotoador

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Calça molashira/molash

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Calçado de cabo longo

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cordões elásticos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Extensores para leitos de correr

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se não se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente aquilo que é habitual (p.ex. em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Arranjar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penela ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do perineo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar? vezes / mês

Com que frequência penela o cabelo ao seu familiar? vezes / dia

Com que frequência corta/para a barba ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar? vezes / mês

Com que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência lava os dentes ao seu familiar? vezes / dia

Penel de cabo longo

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Espelho inclinável

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

AUTO-CUIDADO: Alimentar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar? / vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Serviço de refeições ao domicílio
☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- ☐ Na cama
☐ Na sala de jantar/cozinha
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Dá os alimentos à boca ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Abrridor de frascos

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Adaptador de talheres

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Babeta

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Copo adaptado

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Garfo flexível

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Mesa de comer na cama

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Não ssário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Rebordo para prato

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Não ssário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Supor de copos

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Não ssário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Supor de palhinha para copo

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Não ssário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Para:

Se não se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

☐ Fôleto ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

☐ Fôleto ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro

 Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejeções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

 Posiciona o seu familiar no sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

 Inconjuga o seu familiar a utilizar o sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Alcova de sanita

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Arrastadeira

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Barra de apoio de sanitário

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cadeira sanitária

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cupa impermeável

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Coleteor urinário

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Fralda	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
Penso absorvente para incontinência	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
Penso higiénico	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
Resguardo	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
Saco de colostomia/ileostomia/urina	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
Urinoí	Necessário (juízo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			

Para:	Se não se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o coletor urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arastadeira/urinoí ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Elevar-se

Levantar parte do corpo

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência senja o seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a sentar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar? vezes / dia

Almofada elevatória

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Apoio de cabeça anatómico

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Apoio de pés

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Barra paralela e apoios da posição de pé

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

AUTOCUIDADO: Virar-se

Mover o corpo virando-o de um lado para o outro

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira? vezes / dia

Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar?

☐ Dependente
☐ prestador de cuidados
☐ enfermeiro
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Nas mudanças de posição adota os decúbitos laterais? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

<u>Grades de apoio / segurança</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Colchão anti-úlceras de pressão</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Coxeleteira</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Coxim</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Transfer de cama (dispositivo para posicionar)</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Imobilizador abdominal</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Luva de imobilização</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Posicionador de perna e pés</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Suposto para as costas</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			
<hr/>			
<u>Dispositivo de prevenção de pé equino</u>	Necessário (julgo do enfermeiro)	Utilizado	Desejado
Razão da não utilização	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento <input type="radio"/> Limitações da residência <input type="radio"/> Outro			



Para:	Se não se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Deletar sinais precoces (ósculo de pressão (tuber não branqueável sobre as proeminências ósseas))		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deletar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamento(s)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagear os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Transferir-se

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeira

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Transfere-se da cadeira/cadeira para a cama

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/cadeira? vezes / dia

Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/cadeira?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeira? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Barra de apoio

Não necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cabeceira e pés da cama amovíveis

Não necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cama articulada

Não necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Elevador de transferência

Não necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

**Transferir para cadeira**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Disco de rotação**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se não se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares/ amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas? vezes / diaCom que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas? vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Rampa**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Rodas anti-queda**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas**

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de acessar ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

AUTOCUIDADO: Andar

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suponha o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m-500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a deambular sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Andarilho

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Bengala

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Canilana(s)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Prótese

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Se não sou:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Tomar medicação

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Providencia medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) do horário/dose de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Consuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Consuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Aparelho para ventilação oral

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Aspirador de secreções

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Caixa de comprimidos

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Caneta de insulina

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Coroa comprimidos

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Máquina de pesquisas de glicemia capilar

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Nebulizador

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Oxigenoterapia

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Termómetro (para registo de temperatura)

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Triunador de comprimidos

Necessário (julgo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

Razão da não utilização

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:	Se não-só:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomadas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SGDS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SGDS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização da medicação em SGDS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosuma fazer a pesquisa de focalomas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência inspeciona a pele do perineo do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência inspeciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar? vezes / semana

Cosuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Cosuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

RECURSOS COMPLEMENTARES
Dispositivo de chamada

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Material de instrução e aprendizagem

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Prótese auditiva

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Telefone / telemóvel

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Pinça para alcançar objetos

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Suposto para carias

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Enfile agulhas

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Outro 1 (especificar)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Outro 2 (especificar)

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Econômica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



55527

OUTROS RECURSOS

<p>Assistente Social <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Enfermeiro <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Fisioterapeuta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Outro <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>		<p>Médico <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Nutricionista <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Psicólogo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	
---	--	--	--

Recursos não profissionais

☐ Familiar ☐ Vizinho ☐ Amigo ☐ Empregada ☐ Outro

Serviços de:

<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Acompanhamento do dependente em casa</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cuidados de higiene e conforto</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cabeleleiro, manicure e esteticista</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio no tratamento da roupa do dependente</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condição de refeição e apoio durante as refeições</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição de utente</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio na compra de medicamentos</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio na compra de artigos alimentares</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Hospital</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Tele-assistência</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> 112 INCM</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Linha Saúde 24</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Rendimento do trabalho</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Rendimentos da propriedade e da empresa</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Subsídio de desemprego</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Subsídio temporário por acidente de trab. ou doença profissional</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outros subsídios temporários</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Rendimento social de inserção</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Pensão / Reforma</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> A cargo da família</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Apoio social</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Rendimento solidário para idosos (RSI)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Complemento de dependência</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Emendas / donativos</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outra situação</p>
---	---

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sinais apontando de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Olhos enroscados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pele seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Mucosas secas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sinais apontando de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Magreza excessiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Deficiência: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Obesidade mórbida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Deficiência: odore corporal
BMC <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Deficiência: unhas sujas
Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Kg		<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Deficiência: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Comprometimento da amplitude articular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Secções e oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação Cotovelo Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Secções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação Cotovelo Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Secções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação punho Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação punho Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Deficiência: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação anca Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação anca Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Roupa de malfechoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação joelho Dto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação joelho Edo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação tornozelo Dto (pé equino)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Roupa inadequada à condição de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Articulação tornozelo Edo (pé equino)	N.º de quedas no último mês <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pele comprometida		
Número de úlceras de pressão <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		Estado mental	
Localização úlceras		Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Região sagrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sabe em que mão está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Trocânter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sabe em que lado vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Maléolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Repete três palavras (Fita, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Calcâneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Identifica objectos comuns (relógio)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Feridas não tratadas / não cuidadas		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Eritema da íntima		
N.º de deposições <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> vezes / semana			

Questionário de opinião sobre a mudança nos CE



UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Curso de Doutoramento em Enfermagem

Projecto de Investigação - “Membro da família prestador de cuidados: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel”

Questionário de opinião dos enfermeiros sobre a mudança operada nos Cuidados de Enfermagem (CE) na Unidade de Cuidados Domiciliários (UCD)

Este questionário insere-se no projeto que tem vindo a ser desenvolvido na UCD; pretende colher dados relativos à sua opinião sobre a mudança operada nos CE na UCD.

O questionário, para além de alguns dados de caracterização, é constituído por 60 questões fechadas e duas questões abertas. Para cada questão fechada existe uma escala de 4 níveis entre dois extremos semânticos (por exemplo: *não facilita – facilita muito; ineficaz - muito eficaz*). Por favor assinale com um X no espaço relativo ao nível que pretende atribuir a cada questão.

Solicita-se que no preenchimento das questões que: **i)** avive a sua memória relativamente à situação passada; **ii)** enquadre naquela que é a sua conceção atual de CE a Prestadores de Cuidados (PC) de Familiares Dependentes (FD).

Muito obrigado

QUESTIONÁRIO

A - Dados de caracterização:

<p>Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p> <p>Idade (em anos): _____</p> <p>Categoria profissional: _____</p> <p>Grau académico: _____ em _____</p> <p>Formação especializada/outra: _____</p> <p>Tempo de exercício profissional:</p> <p style="padding-left: 40px;">Total em anos _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Na prestação de cuidados na UCD _____ anos</p>
--

B – Opinião sobre a mudança nos CE na UCD

Considero que...

Em relação à consecução da missão e finalidade da UCD, o modelo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Mto. adequado
A finalidade dos CE imbuída no modelo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
A prescrição das ações de enfermagem é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
A colheita de dados é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
A decisão sobre os diagnósticos de enfermagem é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao PC/FD, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
Em relação à organização dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
Em relação à documentação dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
Na globalidade, a aplicação do modelo na prática clínica diária é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao PC/FD imbuído no modelo é...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Mto. adequado
Em relação à documentação dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. exequível
Em relação à consecução da missão e finalidade da UCD no que respeita aos CE ao PC/FD, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
A finalidade dos CE imbuída no modelo está...	Indefinido	Pouco definido	Definido	Claramente definido

Em relação à decisão sobre o estabelecimento de prioridades nos CE ao PC/FD, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
Em relação aos registos sobre os CE, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
O planeamento de cuidados é...	Ineficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Mto. Eficaz
A prescrição das ações de enfermagem é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
A colheita de dados é...	Ineficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Mto. Eficaz
Os focos de atenção definidos para os CE ao PC/FD estão...	Incompletos	Pouco completos	Completos	Mto. completos
Os diagnósticos de enfermagem definidos são...	Inadequados	Pouco adequados	Adequados	Mto. adequados
A avaliação contínua da evolução do PC/FD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
As ações de enfermagem definidas estão...	Incompletas	Pouco completas	Completas	Mto. completas
Os resultados de enfermagem definidos são...	Inadequados	Pouco adequados	Adequados	Mto. adequados
Em relação à melhoria dos CE o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
No modelo, o alvo a quem os CE se dirigem está...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Mto. adequado
Em relação à melhoria dos CE o modelo é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
Em relação à organização dos CE ao PC/FD, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao PC/FD imbuído no modelo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. Exequível
Em relação à documentação dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	M ^{to} . adequado
Em relação à consecução da missão e finalidade da UCD, o modelo é...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	M ^{to} . adequado
Em relação à melhoria da adequação/resposta dos CE ao PC/FD, o modelo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. Exequível
A finalidade dos CE imbuída no modelo é...	Inadequada	Pouco adequada	Adequada	M ^{to} . adequada
Em relação ao planeamento dos cuidados, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
O planeamento de cuidados é...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Mto. adequado
Em relação à melhoria dos CE o modelo...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Mto. adequado
Em relação à decisão sobre as ações	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito

de enfermagem a implementar, o modelo				
A prescrição das ações de enfermagem é...	Ineficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Mto. Eficaz
O papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao PC/FD imbuído no modelo está...	Indefinido	Pouco definido	Definido	Claramente definido
A colheita de dados é...	Inadequada	Pouco adequada	Adequada	Mto. adequada
Em relação à consulta sobre a evolução do PC/ FD, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
As ações de enfermagem definidas são...	Inadequadas	Pouco adequadas	Adequadas	Mto. adequadas
O planeamento de cuidados é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Mto útil
A identificação dos resultados de enfermagem alcançados pelo PC/FD é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. Exequível
Em relação à avaliação contínua da evolução do PC/FD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
A prescrição das ações de enfermagem é...	Inadequada	Pouco adequada	Adequada	M ^{to} . adequada
A avaliação contínua da evolução do PC/FD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	Ineficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Mto. Eficaz
Os diagnósticos de enfermagem definidos estão...	Incompletos	Pouco completos	Completos	M ^{to} . completos
Os focos de atenção definidos para os CE ao PC/FD são	Inadequados	Pouco adequados	Adequados	M ^{to} . adequados
Em relação à colheita de dados sobre o PC/FD, o modelo...	Não facilita	Facilita pouco	Facilita	Facilita muito
A avaliação contínua da evolução do PC/FD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. Exequível
Os resultados de enfermagem definidos estão...	Incompletos	Pouco completos	Completos	M ^{to} . completos
O planeamento de cuidados é...	Inexequível	Pouco exequível	Exequível	Mto. Exequível
A colheita de dados é...	Nada útil	Pouco útil	Útil	Muito útil
A organização dos CE ao PC/FD, no modelo é...	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Mto. adequado
Os focos de atenção definidos para os CE ao PC/FD são...	Inexequíveis	Pouco exequíveis	Exequíveis	Mto. Exequíveis
A avaliação contínua da evolução do PC/FD, nomeadamente dos resultados que vão atingindo é...	Inadequada	Pouco adequada	Adequada	Mto. adequada
A colheita de dados está...	Incompleta	Pouco completa	Completa	M ^{to} . completa

Os focos de atenção assumidos para os CE ao PC/FD estão...	Indefinidos	Pouco definidos	Definidos	Claramente definidos
--	-------------	-----------------	-----------	----------------------

C - Num último esforço de concentração peço-lhe, por favor, que refira os aspetos mais positivos/vantagens e os mais negativos/desvantagens operadas pela mudança na organização dos CE:

1 - Aspetos mais positivos/vantagens

2 - Aspetos mais negativos/desvantagens

MUITO OBRIGADA

Formulário de consentimento informado para os FC/PD



UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Curso de Doutoramento em Enfermagem

Projecto de Investigação - *“Membro da família prestador de cuidados: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel”*

Consentimento informado

Cármén Maria da Silva Maciel Andrade, inscrita no Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, encontra-se a realizar um projecto de investigação sob orientação do Professor Doutor Abel Avelino Paiva e Silva com o tema: *“MFPC: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel”*. Para o efeito torna-se necessário conhecer a experiência de prestação de cuidados do MFPC a pessoa dependente no seu domicílio através dos discursos proferidos pelos próprios.

Neste sentido, esclarecemos e explicamos junto de cada potencial participante os aspectos que serão rigorosamente cumpridos no decurso do projecto de investigação:

- i) ao participante assiste o direito de recusar a sua participação no estudo, na sua totalidade ou em parte, não decorrendo de tal decisão influência nos cuidados nos serviços e cuidados de saúde disponibilizados quer ao participante quer à pessoa dependente, quer a qualquer membro da sua família;
- ii) o uso da informação que pretendemos colher é para uso exclusivo das pessoas envolvidas no trabalho, não estando ao acesso de outras;
- iii) ao longo do estudo o participante manter-se-á, sempre, no anonimato;
- iv) os dados serão recolhidos com recurso à entrevista que será gravada (gravador de voz) e, posteriormente, transcrita;
- v) embora o estudo tenda a melhorar a resposta em cuidados de enfermagem no sentido da facilitação da transição para o desempenho de papel de MFPC, não haverá qualquer benefício directo decorrente da sua participação no estudo;
- vi) não se prevêem danos colaterais, nomeadamente físicos e emocionais para o participante;
- vii) poderá haver a necessidade de novo contacto do participante pelo investigador com o propósito de colher mais informação;
- viii) após a conclusão do estudo a gravação e o registo escrito da entrevista serão destruídos, bem como este consentimento informado;

ix) os resultados obtidos com a investigação serão disponibilizados ao participante se assim o solicitar;

x) em caso de dúvida ou necessidade de informação adicional sobre o estudo, o participante poderá, sempre, contactar o investigador através dos meios que serão disponibilizados para o efeito.

Eu abaixo assinado declaro que compreendi a informação que me foi fornecida sobre a investigação em curso, tendo sido dada a oportunidade de colocar questões que considere necessárias e às quais obtive respostas

Ponta Delgada ____/____/____ _____
Assinatura do participante

Eu abaixo assinado declaro que expliquei os objectivos, métodos e possíveis resultados decorrentes do projecto de investigação em curso e certifiquei-me de que as informações fornecidas ao participante foram adequadamente compreendidas.

Ponta Delgada ____/____/____ _____
Assinatura do investigador

Anexo IV

Autorização do Conselho de Administração do CSPD

Exma. Senhora Professora Adjunta
Cármén Maria da Silva Maciel Andrade
Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada
Rua S. Gonçalo
9504-538 Ponta Delgada

	Vossa referência	Vossa comunicação de	Nossa referência	Nossa comunicação
N.º:		19-06-2009	N.º: SAI-CSPD/2009/3821	08-07-2009
Proc.:			Proc.:	

Assunto: Autorização da investigação é "Membro da família prestador de cuidados: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel"

Na sequência do pedido de V. Exa. informamos que foi autorizado a realização do estudo conforme solicitado e a Enfermeira Chefe Júlia Trigo Leite, responsável pela Unidade de Cuidados Domiciliários, poderá ser contactado através do telefone 296653119.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal Enfermeira do Conselho de Administração



Maria Manuela R.S.D. Ferreira

AC

Anexo V

Formulário de consentimento informado para os enfermeiros



UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Curso de Doutoramento em Enfermagem

Projecto de Investigação - *“Membro da família prestador de cuidados: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel”*

Consentimento informado

Cármén Maria da Silva Maciel Andrade, inscrita no Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, encontra-se a realizar um projecto de investigação sob orientação do Professor Doutor Abel Avelino Paiva e Silva com o tema: *“MFPC: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel”*. Para o efeito torna-se necessário conhecer a experiência de prestação de cuidados do MFPC a pessoa dependente no seu domicílio através dos discursos proferidos pelos próprios.

Neste sentido, esclarecemos e explicamos junto de cada potencial participante os aspectos que serão rigorosamente cumpridos no decurso do projecto de investigação:

- i) ao participante assiste o direito de recusar a sua participação no estudo, na sua totalidade ou em parte, não decorrendo de tal decisão influência nos cuidados nos serviços e cuidados de saúde disponibilizados quer ao participante quer à pessoa dependente, quer a qualquer membro da sua família;
- ii) o uso da informação que pretendemos colher é para uso exclusivo das pessoas envolvidas no trabalho, não estando ao acesso de outras;
- iii) ao longo do estudo o participante manter-se-á, sempre, no anonimato;
- iv) os dados serão recolhidos com recurso à entrevista que será gravada (gravador de voz) e, posteriormente, transcrita;
- v) embora o estudo tenda a melhorar a resposta em CE no sentido da facilitação da transição para o desempenho de papel de MFPC, não haverá qualquer benefício directo decorrente da sua participação no estudo;
- vi) não se prevêem danos colaterais, nomeadamente físicos e emocionais para o participante;
- vii) poderá haver a necessidade de novo contacto do participante pelo investigador com o propósito de colher mais informação;
- viii) após a conclusão do estudo a gravação e o registo escrito da entrevista serão destruídos, bem como este consentimento informado;

ix) os resultados obtidos com a investigação serão disponibilizados ao participante se assim o solicitar;

x) em caso de dúvida ou necessidade de informação adicional sobre o estudo, o participante poderá, sempre, contactar o investigador através dos meios que serão disponibilizados para o efeito.

Eu abaixo assinado declaro que compreendi a informação que me foi fornecida sobre a investigação em curso, tendo sido dada a oportunidade de colocar questões que considere necessárias e às quais obtive respostas

Ponta Delgada ____/____/____ _____
Assinatura do enfermeiro

Eu abaixo assinado declaro que expliquei os objectivos, métodos e possíveis resultados decorrentes do projecto de investigação em curso e certifiquei-me de que as informações fornecidas ao participante foram adequadamente compreendidas.

Ponta Delgada ____/____/____ _____
Assinatura do investigador

Anexo VI

Tabelas de dados relativos à caracterização das famílias

Tabela 1 – Distribuição das famílias dos clientes da UCD por freguesias dos concelhos de Ponta Delgada e de Lagoa

Concelho de Ponta Delgada			
Freguesia	Nº/%	Freguesia	Nº/%
Ajuda da Bretanha*	4 (2.1%)	Pilar da Bretanha*	5 (2.6%)
Arrifes**	9 (4.6%)	Relva**	2 (1.0%)
Candelária*	5 (2.6%)	Remédios da Bretanha*	6 (3.1%)
Capelas**	12 (6.2%)	Sete Cidades*	2 (1.0%)
Covoada*	3 (1.5%)	S. José***	12 (6.2%)
Fajã de Baixo**	9 (4.6%)	S. Pedro***	15 (7.7%)
Fajã de Cima**	6 (3.1%)	S. Roque**	11 (5.7%)
Fenais da Luz**	9 (4.6%)	S. Sebastião***	3 (1.5%)
Feteiras*	7 (3.6%)	S. Vicente Ferreira**	4 (2.1%)
Ginetes*	7 (3.6%)	Santa Bárbara*	4 (2.1%)
Livramento**	8 (4.1%)	Santa clara***	2 (1.0%)
Mosteiros*	4 (2.1%)	Santo António *	10 (5.2%)
Total parcial	159 (82.0%)		
Concelho de Lagoa			
Água de Pau	6 (3.1%)	Rosário	12 (6.2%)
Cabouco	6 (3.1%)	Santa Cruz	11 (5.7%)
Total parcial	35 (18.0%)		
Total	194 (100%)		

* - Freguesia rural ** - Freguesia limítrofe *** - Freguesia urbana

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica das famílias

Variáveis		Nº/%
Tipo de família		
Clássica sem núcleos		61 (31.1%)
Clássica com um núcleo		115 (58.7%)
Clássica com dois núcleos		18 (9.2%)
Clássica com três núcleos		2 (1.0%)
Nº de membros da família		
Um		17 (8.7%)
Dois		51 (26.0%)
Três		43 (21.9%)
Quatro		49 (25.0%)
Cinco		16 (8.2%)
Seis		9 (4.6%)
Sete		4 (2.0%)
De oito a dez		7 (3.5%)
Rendimento mensal do agregado familiar		
Até 250€		1 (0.5%)
De 251 a 500€		28 (14.3%)
De 501 a 1000€		92 (46.9%)
De 1001 a 2000€		55 (28.1%)
De 2001 a 5000€		20 (10.2%)
Alojamento	Tipo de alojamento	
	Clássico apartamento	6 (3.1%)
	Clássico moradia	188 (95.9%)
	Não clássico	2 (1.0%)
	Nº de divisões do alojamento	
	Duas	2 (1.0%)
	Três	1 (0.5%)
	Quatro	19 (9.7%)
	Cinco	28 (14.3%)
	Seis	26 (13.3%)
	Sete	43 (21.9%)
	Oito	24 (12.2%)
	Nove	23 (11.7%)
	Dez ou mais	30 (15.4%)
	Nº de ocupantes do alojamento	
	Um	10 (5.1%)
	Dois	51 (26.0%)
	Três	43 (21.9%)
	Quatro	47 (24.0%)
	Cinco	23 (11.7%)
	Seis	11 (5.6%)
	Sete	8 (4.1%)
	De nove a dez	3 (1.5%)
	Condições sanitárias	
	Com água canalizada	196 (100%)
	Com instalação de banho ou duche	196 (100%)
	Com retrete	196 (100%)
	Necessidade de reparação	
	Muito grandes	2 (1.0%)
	Grandes	9 (4.6%)
	Médias	13 (6.6%)
	Pequenas	15 (7.7%)
	Nenhumas	157 (80.1%)

Anexo VII

Tabelas de dados relativos à PD

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica do FD

Variáveis	Nº/%
Sexo	
Feminino	125 (63.8%)
Masculino	71 (36.2%)
Estado civil	
Casado/união de facto	73 (37.2%)
Divorciado	3 (1.5%)
Solteiro	26 (13.3%)
Viúvo	94 (48.0%)
Idade	
11 a 20 anos	4 (2.0%)
21 a 30 anos	2 (1.0%)
31 a 40 anos	8 (4.1%)
41 a 50 anos	9 (4.6%)
51 a 60 anos	9 (4.6%)
61 a 70 anos	26 (13.3%)
71 a 80 anos	48 (24.5%)
81 a 90 anos	73 (37.2%)
≥ a 91 anos	17 (8.7%)
Nível de escolaridade	
Nenhum	104 (53.1%)
Ensino básico – 1º ciclo	64 (32.7%)
Ensino básico – 2º ciclo	12 (6.1%)
Ensino básico – 3º ciclo	8 (4.1%)
Ensino secundário	8 (4.1%)
Profissão	
Pensionista/reformado	193 (98.5%)
Outra ¹⁴⁶	3 (1.5%)

Tabela 4 – Caracterização da história de dependência

Variáveis	Nº/%
Motivo da dependência	
Envelhecimento	57 (29.1%)
Acidente	14 (7.1%)
Doença aguda	85 (43.4%)
Doença crónica	98 (50.0%)
Outro	8 (4.1%)
Tempo de dependência	
< a 1 ano	13 (6.6%)
1 a 3 anos	65 (33.3%)
3 a 5 anos	43 (21.9%)
5 a 10 anos	45 (23.0%)
10 a 20 anos	22 (11.2%)
20 a 30 anos	4 (2.0%)
≥ a 30 anos	4 (2.0%)

¹⁴⁶ Interrupção da atividade profissional por acidente

Tabela 5 – Fármacos prescritos por dia e nº de fármacos por tomas diárias

Variáveis	Nº/%
Nº de fármacos	
De 1 a 5	45 (23.7%)
De 5 a 10	106 (55.8%)
De 10 a 15	28 (14.7%)
15 ou mais	11 (5.8%)
Nº de fármacos nas tomas/dia	
De 1 a 5	41 (21.6%)
De 5 a 10	76 (40.0%)
De 10 a 15	41 (21.6%)
De 15 a 20	21 (11.0%)
20 ou mais	11 (5.8%)

Tabela 6 – Episódios de internamento e de recurso ao SU no último ano

Variáveis	Nº/%
Nº de internamentos	
Zero	107 (55.4%)
Um	56 (29.0%)
Dois	20 (10.4%)
Três	5 (2.6%)
Quatro	4 (2.1%)
Cinco	1 (0.5%)
Nº de episódios de recurso ao SU	
Zero	90 (46.2%)
Um	40 (20.5%)
Dois	27 (13.8%)
Três ou mais	38 (19.5%)

Tabela 7 – Dependência global e por domínio de AC

	Não participa	Necessita ajuda pessoa	Necessita equipamento	Independente	TOTAL
Dependência global	32 (16.3%)	164 (83.7%)	-	-	196 (100%)
AC Tomar banho	98 (50.0%)	98 (50.0%)	-	-	196 (100%)
AC Vestir-se e despir-se	97 (49.5%)	99 (50.5%)	-	-	196 (100%)
AC Arranjar-se	80 (40.8%)	116 (59.2%)	-	-	196 (100%)
AC Alimentar-se	76 (38.8%)	119 (60.7%)	-	1 (0.5%)	196 (100%)
AC Usar o sanitário	101 (51.5%)	95 (48.5%)	-	-	196 (100%)
AC Elevar-se	54 (27.6%)	95 (48.5%)	7 (3.6%)	40 (20.4%)	196 (100%)
AC Virar-se	61 (31.1%)	74 (37.8%)	19 (9.7%)	42 (21.4%)	196 (100%)
AC Transferir-se	80 (40.8%)	86 (43.9%)	24 (12.2%)	6 (3.1%)	196 (100%)
AC Usar cadeira de rodas	134 (68.4%)	17 (8.7%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	155 (79.1%)
AC Andar	128 (65.3%)	67 (34.2%)	1(0.5%)	-	196 (100%)
AC Tomar a medicação	88 (44.9%)	107 (54.6%)	-	1 (0.5%)	196 (100%)

Tabela 8 – Dependência por atividade em cada domínio de AC¹⁴⁷

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Independente	Total
AC Tomar banho	1	2	3	4	
Obtém objetos para o banho	186 (94.9%)	7 (3.6%)	-	3 (1.5%)	196 (100%)
Consegue água	185 (94.4%)	10 (5.1%)	-	1(0.5%)	196 (100%)
Abre a torneira	181 (92.3%)	9 (4.6%)	1 (0.5%)	5 (2.6%)	196 (100%)
Regula a temperatura da água	180 (91.8%)	11 (5.6%)	-	5 (2.6%)	196 (100%)
Regula o fluxo da água	177 (90.3%)	13 (6.6%)	1 (0.5%)	5 (2.6%)	196 (100%)
Lava-se no chuveiro	113 (57.7%)	33 (16.8%)	50 (25.5%)	-	196 (100%)
Lava o corpo	107 (54.6%)	86 (43.9%)	-	3 (1.5%)	196 (100%)
Seca o corpo	106 (54.1%)	87 (44.4%)	-	3 (1.5%)	196 (100%)
AC Vestir-se e despir-se	1	2	3	4	
Escolhe as roupas	177 (90.3%)	16 (8.2%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	196 (100%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	193 (98.5%)	1 (0.5%)	-	2 (1.0%)	196 (100%)
Segura as roupas	175 (89.3%)	10 (5.1%)	1 (0.5%)	10 (5.1%)	196 (100%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	107 (54.6%)	79 (40.3%)	-	10 (5.1%)	196 (100%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	162 (82.7%)	33 (16.8%)	-	1 (0.5%)	196 (100%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	108 (55.1%)	76 (38.8%)	-	12 (6.1%)	196 (100%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	161 (82.1%)	35 (17.9%)	-	-	196 (100%)
Abotoa as roupas	109 (55.6%)	37 (18.9%)	3 (1.5%)	47 (24.0%)	196 (100%)
Desabotoa as roupas	107 (54.6%)	31 (15.8%)	3 (1.5%)	55 (28.1%)	196 (100%)
Usa cordões para amarrar	112 (57.1%)	33 (16.8%)	-	51 (26.0%)	196 (100%)
Usa fechos	108 (55.1%)	26 (13.3%)	-	62 (31.4%)	196 (100%)
Calça as meias	158 (82.3%)	28 (14.6%)	4 (2.1%)	2 (1.0%)	192 (100%)
Descalça as meias	160 (83.3%)	27 (14.1%)	3 (1.6%)	2 (1.0%)	192 (100%)
Calça os sapatos	156 (83.0%)	25 (13.3%)	4 (2.1%)	3 (1.6%)	188 (100%)
Descalça os sapatos	156 (83.0%)	25 (13.3%)	4 (2.1%)	3 (1.6%)	188 (100%)
AC Arranjar-se	1	2	3	4	
Penteia ou escova os cabelos	108 (58.4%)	26 (14.1%)	-	51 (27.6%)	185 (100%)
Barbeia-se	46 (64.8%)	17 (23.9%)	1 (1.4%)	7 (9.9%)	71 (100%)
Aplica maquiagem	36 (85.7%)	4 (9.5%)	-	2 (4.8%)	42 (100%)
Cuida das unhas	178 (90.8%)	13 (6.6%)	1 (0.5%)	4 (2.0%)	196 (100%)
Usa um espelho	46 (54.1%)	4 (4.7%)	17 (20.0%)	18 (21.2%)	85 (100%)
Aplica o desodorizante	77 (66.4%)	19 (16.4%)	-	20 (17.2%)	116 (100%)
Limpa a área do períneo	159 (81.1%)	36 (18.4%)	-	1 (0.5%)	196 (100%)
Limpa as orelhas	113 (57.7%)	41 (20.9%)	1(0.5%)	41 (20.9%)	196 (100%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	86 (43.9%)	33 (16.8%)	-	77 (39.3%)	196 (100%)
Mantém a higiene oral	128 (65.3%)	43 (21.9%)	-	25 (12.8%)	196 (100%)
AC Alimentar-se	1	2	3	4	
Prepara os alimentos para ingestão	193 (98.5%)	2 (1.0%)	-	1(0.5%)	196 (100%)
Abre recipientes	182 (92.9%)	5 (2.6%)	-	9 (4.6%)	196 (100%)
Utiliza utensílios	181 (92.3%)	4 (2.0%)	-	11 (5.6%)	196 (100%)
Coloca o alimento nos utensílios	179 (91.3%)	6 (3.1%)	-	11 (5.6%)	196 (100%)
Pega no copo ou chávena	94 (48.0%)	22 (11.2%)	1 (0.5%)	79 (40.3%)	196 (100%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	78 (39.8%)	27 (13.8%)	-	91 (46.4%)	196 (100%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	83 (43.3%)	32 (16.3%)	-	81 (41.3%)	196 (100%)
Leva os alimentos à boca com os utensílios	85 (43.6%)	40 (20.5%)	2 (1.0%)	69 (34.9%)	196 (100%)
Bebe por copo ou chávena -	85 (43.4%)	29 (14.8)	4 (2.0%)	78 (39.8%)	196 (100%)
Coloca os alimentos na boca	81 (41.3%)	39 (19.9%)	1 (0.5%)	75 (38.3%)	196 (100%)
Conclui uma refeição	81 (41.3%)	50 (25.5%)	-	65 (33.2%)	196 (100%)

¹⁴⁷ Existe variação no “N” relacionado por determinadas questões não se aplicarem à sua situação particular ou por se terem “perdido” alguns dados na leitura dos caracteres manuscritos do formulário aquando do processo de lançamento realizado através do *software* TELEFORM.

AC Usar o sanitário	1	2	3	4	
Ocupa e desocupa o sanitário	112 (57.1%)	57 (29.1%)	24 (12.2%)	3 (1.5%)	196 (100%)
Tira as roupas	134 (68.4%)	60 (30.6%)	-	2 (1.0%)	196 (100%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	108 (55.1%)	59 (30.1%)	22 (11.2%)	7 (3.6%)	196 (100%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	166 (84.7%)	29 (14.8%)	-	1(0.5%)	196 (100%)
Ergue-se da sanita	111 (56.6%)	60 (30.6%)	23 (11.7%)	2 (1.0%)	196 (100%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	138 (70.4%)	57 (29.1%)	-	1 (0.5%)	196 (100%)
AC Elevar-se, Virar-se e Transferir-se	1	2	3	4	
Levanta parte do corpo	54 (27.6%)	95 (48.5%)	7 (3.6%)	40 (20.4%)	196 (100%)
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	61 (31.1%)	74 (37.8%)	19 (9.7%)	42 (21.4%)	196 (100%)
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	80 (40.8%)	85 (43.4%)	25 (12.8%)	6 (3.1%)	196 (100%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	80 (40.8%)	85 (43.4%)	25 (12.8%)	6 (3.1%)	196 (100%)
AC Usar cadeira de rodas	1	2	3	4	
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	136 (87.7%)	13 (8.4%)	1 (0.6%)	5 (3.2%)	155 (100%)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	113 (72.9%)	30 (19.4%)	11 (7.1%)	1 (0.6%)	155 (100%)
Manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	145 (93.5%)	5 (3.2%)	3 (1.9%)	2 (1.3%)	155 (100%)
AC Andar	1	2	3	4	
Suporta o próprio corpo na posição de pé	131 (67.2%)	32 (16.4%)	32 (16.4%)	-	195 (100%)
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	184 (93.9%)	8 (4.1%)	3 (1.5%)	-	195 (100%)
Sobe e desce degraus	183 (93.8%)	10 (5.1%)	2 (1.0%)	-	195 (100%)
Deambula em aclives e declives	192 (98.5%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)	-	195 (100%)
Percorre distâncias curtas (<100m)	138 (70.8%)	27 (13.8%)	30 (15.3%)	-	195 (100%)
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	187 (95.9%)	3 (1.5%)	5 (2.6%)	-	195 (100%)
Percorre longas distâncias (>500m)	195 (100)	-	-	-	195 (100%)
AC Tomar a medicação	1	2	3	4	
Providencia medicamentos	193 (100%)	-	-	-	193 (100%)
Prepara a medicação	185 (95.9%)	5 (2.6%)	-	3 (1.6%)	193 (100%)
Toma a medicação	86 (44.6%)	38 (19.7%)	-	69 (35.8%)	193 (100%)

Tabela 9 - Condição de saúde do FD

Desidratação				97 (49.5%)
Desnutrição				56 (28.6%)
Deglutição comprometida				69 (35.2%)
Rigidez articular (153/78.1%)	Articulação do cotovelo d ^{to}			91 (46.4%)
	Articulação do cotovelo esq ^{do}			101 (51.5%)
	Articulação do punho d ^{to}			83 (42.3%)
	Articulação do punho esq ^{do}			92 (46.9%)
	Articulação da anca d ^{ta}			96 (49.0%)
	Articulação da anca esq ^{da}			97 (49.5%)
	Articulação do joelho d ^{to}			128 (65.3%)
	Articulação do joelho esq ^{do}			122 (62.2%)
	Articulação do tornozelo d ^{to}			82 (41.8%)
	Articulação do tornozelo esq ^{do}			78 (39.8%)
Compromisso da integridade da pele (61/31.1%)	Úlceras por pressão (51/26.0%)	Nº	1	36 (18.4%)
			2	13 (6.6%)
			3	2 (1.0%)
		Localização	Região sagrada	15 (7.7%)
			Trocânter	13 (6.6%)
			Maléolo	11 (5.6%)
			Calcâneo	12 (6.1%)
			Outro	15 (7.7%)
	Feridas não tratadas/não cuidadas			11 (5.6%)
	Eritema pelas fraldas			11 (5.6%)
Compromisso respiratório (81/41.3%)	Limpeza das vias aéreas comprometidas			39 (19.8%)
	Acumulação de secreções traqueobrônquicas			37 (18.8%)
	Ruídos respiratórios anormais			18 (9.2%)
	Aumento da frequência respiratória			9 (4.6%)
Compromisso do sistema urinário/intestinal	Incontinência urinária			102(52.0%)
	Incontinência intestinal			84 (42.9%)
Compromisso do estado mental (68/34.7%)	Sabe em que mês está			100 (51.0%)
	Sabe em que terra vive			77 (39.3%)
	Repete três palavras			105 (53.6%)
	Faz cálculos simples			104 (53.1%)
	Identifica objetos comuns			77 (39.3%)
Condição de higiene e asseio deficiente (35/17.9%)	Odores corporais			18 (9.2%)
	Unhas sujas			17 (8.7%)
	Secreções oculares			11 (5.6%)
	Secreções auditivas			4 (2.0%)
	Secreções nasais			5 (2.6%)
	Sujidade corporal visível			7 (3.6%)
	Má higiene oral			29 (14.8%)
Condição de vestuário deficiente (27/13.8%)	Roupa suja			19 (9.7%)
	Roupa desabotoada			16 (8.2%)
	Roupa inadequada à temperatura ambiente			5 (2.6%)
	Roupa inadequada à condição antropométrica			4 (2.0%)
	Roupa inadequada à condição de dependência			5 (2.6%)
Quedas				16 (8.2%)

Anexo VIII

Tabelas de dados relativos ao FC

Tabela 10 – Caracterização sociodemográfica do PC

Variáveis	Nº/%
Sexo	
Feminino	176 (90.7%)
Masculino	18 (9.3%)
Estado civil	
Casado/união de facto	151 (77.8%)
Divorciado	8 (4.1%)
Solteiro	19 (9.8%)
Viúvo	16 (8.3%)
Idade	
18 a 30 anos	8 (4.1%)
30 a 40 anos	13 (6.7%)
40 a 50 anos	50 (25.9%)
50 a 60 anos	43 (22.3%)
60 a 70 anos	59 (30.6%)
70 a 80 anos	14 (7.3%)
≥ a 80 anos	6 (3.1%)
Nível de escolaridade	
Nenhum	86 (44.6%)
Ensino básico – 1º ciclo	49 (25.4%)
Ensino básico – 2º ciclo	18 (9.3%)
Ensino básico – 3º ciclo	21 (10.9%)
Ensino secundário	10 (5.2%)
Ensino superior	9 (4.7%)
Profissão	
Pensionista/reformado	145 (75.1%)
Pessoal administrativo	9 (4.7%)
Trabalhadores não qualificados	8 (4.2%)
Pessoal de serviços de venda	7 (3.6%)
Técnicos e profissionais de nível intermédio	6 (3.1%)
Operários	3 (1.6%)
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2 (1.0%)
Desempregado	7 (3.6%)
Outra	6 (3.1%)
Parentesco	
Marido/esposa	51 (26.3%)
Pai/mãe	11 (5.7%)
Filho/filha	71 (36.6%)
Irmão/irmã	25 (12.8%)
Afinidade/outro	36 (18.6%)

Tabela 11- PAE por domínio de AC

O PC face à dependência no AC, sente-se...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁴⁸
<i>Tomar banho</i>	1 (0.5%)	9 (4.7%)	52 (27.1%)	130 (67.7%)	192 (100%)
<i>Vestir e despir-se</i>	-	6 (3.1%)	65 (33.9%)	121 (63.0%)	192 (100%)
<i>Alimentar-se</i>	-	8 (4.2%)	69 (35.9%)	115 (59.9%)	192 (100%)
<i>Usar o sanitário</i>	1 (0.5%)	25 (13.1%)	83 (43.2%)	83 (43.2%)	192 (100%)
<i>Elevar-se/virar-se</i>	6 (3.2%)	43 (23.0%)	66 (35.3%)	72 (38.5%)	187 (100%)
<i>Transferir-se</i>	24 (13.7%)	21 (12.0%)	57 (32.6%)	73 (41.7%)	175 (100%)
<i>Andar</i>	9 (15.5%)	13 (22.4%)	12 (20.7%)	24 (41.4%)	58 (100%)
<i>Tomar a medicação</i>	-	13 (6.8%)	85 (44.7%)	92 (46.9%)	190 (100%)

Tabela 12 - PAE pelos domínios de cuidar (Schumacher *et al*, 2000)

Domínio de capacidades	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁴⁹
<i>Aceder</i>	4 (2.1%)	17 (8.8%)	70 (36.5%)	101 (52.6%)	192 (100%)
<i>Agir</i>	-	10 (5.2%)	44 (22.9%)	138 (71.9%)	192 (100%)
<i>Ajustar</i>	-	32 (16.7%)	67 (34.9%)	93 (48.4%)	192 (100%)
<i>Decidir</i>	-	3 (1.6%)	49 (25.5%)	140 (72.9%)	192 (100%)
<i>Monitorizar</i>	-	5 (2.6%)	57 (29.7%)	130 (67.7%)	192 (100%)
<i>Negociar</i>	4 (4.0%)	15 (15.0%)	24 (24.0%)	57 (57.0%)	100 (100%)
<i>Providenciar</i>	1 (0.5%)	11 (5.7%)	52 (27.1%)	128 (66.7%)	192 (100%)
<i>Trabalhar em parceria com FD</i>	48 (28.7%)	52 (31.1%)	33 (19.8%)	34 (20.8%)	167 (100%)

¹⁴⁸ O N não corresponde ao total de PC inquiridos, dado que a esta parte do formulário dois demonstraram não estar a compreender as questões que estavam a ser colocadas, pelo que se optou por não as aplicar. Por outro lado, por domínio de AC existe, igualmente, variação no N relacionado com o facto de alguns PC considerarem que face à condição do FD as respetivas questões não se aplicavam pelo que não tinham/sabiam como se posicionar.

¹⁴⁹ O N não corresponde ao total de PC inquiridos, dado que a esta parte do formulário dois demonstraram não estar a compreender as questões que estavam a ser colocadas, pelo que se optou por não as aplicar. Por outro lado, por domínio de capacidades existe, igualmente, variação no N relacionado com o facto de alguns PC considerarem que face à condição do FD as respetivas questões não se aplicavam pelo que não tinham/sabiam como se posicionar.

Tabela 13 – PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Tomar banho”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁵⁰
	1	2	3	4	
Perceber a necessidade de cuidados de higiene	1 (0.6%)	2 (1.2%)	28 (16,4%)	140 (81,9%)	171 (100%)
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	1 (0.6%)	1 (0.6%)	29 (17.3%)	137 (81.5%)	168 (100%)
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	2 (1.2%)	3 (1.8%)	34 (20.7%)	125 (76.2%)	164 (100%)
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	2 (1.2%)	43 (26.5%)	31 (19.1%)	86 (53.1%)	162 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho	16 (9,8%)	41 (25,2%)	44 (27,0%)	62 (38,0%)	163 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	2 (1.4%)	20 (14.4%)	30 (21.6%)	87 (62.6%)	139 (100%)
Garantir a ajuda de familiares /amigos para lidar com as limitações para tomar banho	5 (3.0%)	16 (9.6%)	32 (19.3%)	113 (68.1%)	166 (100%)
Dar banho	3 (1.8%)	17 (10.1%)	37 (22.0%)	111 (66.1%)	168 (100%)
Lavar os dentes	9 (6.6%)	15 (10.9%)	23 (16.8%)	90 (65.7%)	137 (100%)
Pentear o cabelo	-	1 (0.6%)	10 (6.2%)	150 (93.2%)	161 (100%)
Cortar as unhas	1 (0.6%)	14 (8.6%)	33 (20.4%)	114 (70.4%)	162(100%)
Barbear	3 (3.9%)	1 (1.3%)	9 (11.8%)	63 (82.9%)	76 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	40 (29.6%)	45 (33.3%)	25 (18.5%)	25 (18.5%)	135 (100%)
Incentivar o FD a participar nos cuidados de higiene	35 (25.7%)	55 (40.4%)	21 (15.4%)	25 (18.4%)	136 (100%)
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FD pelos profissionais da saúde	4 (4.0%)	3 (3.0%)	28 (28.0%)	65 (65.0%)	100 (100%)
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FD pelos profissionais	5 (5.1%)	22 (22.4%)	23 (23.5%)	48 (49.0%)	98 (100%)

¹⁵⁰ Existe variação no “N” relacionado com o facto de alguns PC considerarem que determinadas questões não se aplicavam à sua situação particular. Paralelamente alguns dados “perderam-se” pela leitura dos caracteres manuscritos do formulário aquando do processo de lançamento realizado através do *software* TELEFORM.

Tabela 14 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Vestir-se e despir-se”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁵¹
	1	2	3	4	
Perceber se a roupa/calçado do FD estão adequados à temperatura ambiente	-	-	22 (11.6%)	167 (88.4%)	189 (100%)
Perceber se a roupa e o calçado do FD estão adequados ao seu tamanho	-	-	18 (9.5%)	171 (90.5%)	189 (100%)
Escolher o vestuário do FD	-	1 (0.5%)	20 (10.5%)	169 (89.0%)	190 (100%)
Alterar o vestuário do FD, relativamente àquilo que é habitual	-	1 (0.5%)	25 (13.2%)	163 (86.3%)	189 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o FD	48 (30.4%)	50 (31.6%)	15 (9.5%)	45 (28.5%)	158 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para se vestir	4 (2.7%)	17 (11.3%)	36 (24.0%)	93 (62.0%)	150 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para se vestir	7 (3.8%)	21 (11.2%)	32 (17.1%)	127 (67.9%)	187 (100%)
Vestir e calçar o FD	-	12 (6.4%)	38 (20.3%)	137 (73.3%)	187 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado	42 (28.2%)	50 (33.6%)	27 (18.1%)	30 (20.1%)	149 (100%)
Incentivar o FD a vestir-se e a calçar-se	38 (26.0%)	61 (41.8%)	24 (16.4%)	23 (15.8%)	146 (100%)

¹⁵¹ Idem

Tabela 15 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Alimentar-se”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total ¹⁵²
	1	2	3	4	
Perceber a necessidade de dar de comer ao FD	-	4 (2.1%)	27 (14.1%)	161 (83.8%)	192 (100%)
Detetar sinais de desnutrição do FD	20 (10.6%)	52 (27.5%)	64 (33.9%)	53 (28.0%)	189 (100%)
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FD	1 (0.5%)	5 (2.6%)	29 (15.4%)	154 (81.5%)	189 (100%)
Determinar o horário, a forma e o local das refeições	-	3 (1.6%)	20 (10.5%)	168 (87.9%)	191 (100%)
Perceber a necessidade de dar de beber	-	10 (5.2%)	51 (26.7%)	130 (68.1%)	191 (100%)
Detetar sinais de desidratação	34 (18.1%)	71 (37.8%)	42 (22.3%)	41 (21.8%)	188 (100%)
Perceber se o FD ingere de forma segura alimentos ou líquidos	-	11 (5.8%)	56 (29.8%)	121 (64.4%)	188 (100%)
Modificar o horário, a forma e o local das refeições	-	32 (17.0%)	51 (27.1%)	105 (55.9%)	188 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FD para se alimentar	31 (18.4%)	60 (35.7%)	31 (18.5%)	46 (27.4%)	168 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para se alimentar	1 (0.7%)	18 (12.0%)	47 (31.3%)	84 (56.0%)	150 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para se alimentar	8 (4.3%)	21 (11.3%)	32 (17.2%)	125 (67.2%)	186 (100%)
Dar de comer / beber	-	2 (1.1%)	33 (17.7%)	151 (81.2%)	186 (100%)
Posicionar o FD para as refeições	-	10 (5.6%)	26 (14.7%)	141 (79.7%)	177 (100%)
Incentivar o FD a comer/beber sozinho	35 (23.2%)	43 (28.5%)	41 (27.1%)	32 (21.2%)	151 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições	36 (23.4%)	49 (31.8%)	32 (20.8%)	37 (24.0%)	154 (100%)

¹⁵² Existe variação no “N” relacionado com o facto de alguns PC considerarem que determinadas questões não se aplicavam à sua situação particular. Paralelamente alguns dados “perderam-se” pela leitura dos caracteres manuscritos do formulário aquando do processo de lançamento realizado através do *software* TELEFORM.

Tabela 16 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Usar o sanitário”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁵³
	1	2	3	4	
Perceber a necessidade de urinar/evacuar	5 (2.6%)	48 (25.1%)	57 (29.8%)	81 (42.4%)	191 (100%)
Determinar o horário e o local utilizado pelo FD para urinar/evacuar	4 (2.3%)	25 (14.3%)	36 (20.6%)	110 (62.9%)	175 (100%)
Detetar se a pele da região perineal do FD se encontra limpa e seca	-	1 (0.5%)	50 (26.2%)	140 (73.3%)	191 (100%)
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o FD urinar/evacuar	2 (1.2%)	10 (6.3%)	31 (19.5%)	116 (73.0%)	159 (100%)
Modificar o horário e o local utilizado pelo FD para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual	87 (56.1%)	-	19 (12.3%)	49 (31.6%)	155 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FD para urinar/evacuar	10 (5.4%)	63 (34.1%)	62 (33.5%)	50 (27.0%)	185 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para urinar/evacuar	1 (0.6%)	18 (11.3%)	57 (35.9%)	83 (52.2%)	159 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para urinar/evacuar	7 (3.7%)	26 (13.8%)	36 (19.2%)	119 (63.3%)	188 (100%)
Trocar a fralda ao FD	6 (3.6%)	16 (9.6%)	35 (21.1%)	109 (65.7%)	166 (100%)
Trocar o coletor urinário	6 (9.8%)	2 (3.3%)	6 (9.8%)	47 (77.1%)	61 (100%)
Colocar a arrastadeira/urinol	39 (52.7%)	18 (24.3%)	7 (9.5%)	10 (13.5%)	74 (100%)
Lavar a região perineal	2 (1.1%)	10 (5.4%)	(24.3%)	128 (69.2%)	185 (100%)
Colocar o FD na sanita	44 (32.4%)	29 (21.3%)	20 (14.7%)	43 (31.6%)	136 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar	41 (31.8%)	33 (25.6%)	24 (18.6%)	31 (24.0%)	129 (100%)
Incentivar o FD a usar a casa de banho para urinar/evacuar	43 (37.7%)	27 (23.7%)	19 (16.7%)	25 (21.9%)	114 (100%)

¹⁵³ Idem

Tabela 17 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Elevar-se e virar-se”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁵⁴
Detetar sinais precoces de úlcera de pressão	6 (3.2%)	51 (27.4%)	64 (34.4%)	65 (35.0%)	186 (100%)
Detetar sinais precoces de rigidez articular	9 (5.2%)	68 (39.3%)	40 (23.1%)	56 (32.4%)	173 (100%)
Perceber a necessidade do FD mudar de posição	-	19 (11.8%)	55 (34.2%)	87 (54.0%)	161 (100%)
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos	1 (0.7%)	26 (17.0%)	38 (24.8%)	88 (57.5%)	153 (100%)
Definir os posicionamentos adequados/inadequados	-	34 (21.7%)	33 (21.0%)	90 (57.3%)	157 (100%)
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos	1 (0.7%)	32 (21.9%)	42 (28.8%)	71 (48.6%)	146 (100%)
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos	1 (0.7%)	41 (28.9%)	37 (26.2%)	63 (44.4%)	142 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FD para se posicionar	15 (10,2%)	55 (37.4%)	36 (24.5%)	41 (27.9%)	147 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para se posicionar	3 (2.2%)	21 (15.3%)	41 (29.9%)	72 (52.6%)	137 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para se posicionar	9 (5.7%)	19 (12.1%)	34 (21.7%)	95 (60.5%)	157 (100%)
Posicionar o FD (para prevenir úlcera de pressão)	2 (1.3%)	36 (23.4%)	43 (27.9%)	73 (47.4%)	154 (100%)
Executar exercícios articulares ao FD	31 (19.3%)	87 (54.0%)	11 (6.8%)	32 (19.9%)	161 (100%)
Massajar os pontos de pressão	3 (1.7%)	52 (30.2%)	50 (29.1%)	67 (39.0%)	172 (100%)
Sentar o FD	6 (3.5%)	21 (12.4%)	47 (27.6%)	96 (56.5%)	170 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o horário e tipos dos posicionamentos	38 (27.5%)	50 (36.2%)	19 (13.8%)	31 (22.5%)	138 (100%)
Incentivar o FD a posicionar-se	32 (23.3%)	62 (45.3%)	20 (14.6%)	23 (16.8%)	137 (100%)

¹⁵⁴ Existe variação no “N” relacionado com o facto de alguns PC considerarem que determinadas questões não se aplicavam à sua situação particular. Paralelamente alguns dados “perderam-se” pela leitura dos caracteres manuscritos do formulário aquando do processo de lançamento realizado através do *software* TELEFORM.

Tabela 18 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Transferir-se”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁵⁵
Perceber as dificuldades do FD para se transferir	1 (0.7%)	6 (4.0%)	39 (26.2%)	103 (69.1%)	149 (100%)
Determinar o horário e a duração do período em que o FD se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	2 (1.4%)	4 (2.8%)	25 (17.5%)	112 (78.3%)	143 (100%)
Cumprir o horário em que o FD se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	3 (2.1%)	18 (12.6%)	31 (21.7%)	91 (63.6%)	143 (100%)
Alterar o horário e a duração do período em que o FD se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	2 (1.4%)	29 (21.2%)	40 (29.2%)	66 (48.2%)	137 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para o FD se transferir	24 (16.1%)	57 (38.3%)	42 (28.2%)	26 (17.4%)	149 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para se transferir	1 (0.9%)	25 (20.8%)	36 (30.0%)	58 (48.3%)	120 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para se transferir	4 (2.7%)	22 (15.1%)	27 (18.5%)	93 (63.7%)	146 (100%)
Transferir o FD da cama para a cadeira e vice-versa	26 (15.3%)	31 (18.2%)	43 (25.3%)	70 (41.2%)	170 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	19 (16.2%)	44 (37.6%)	27 (23.1%)	27 (23.1%)	117 (100%)
Incentivar o FD a transferir-se	17 (14.7%)	44 (37.9%)	31 (26.7%)	24 (20.7%)	116 (100%)

Tabela 19 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Andar”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Median. competente	Muito competente	Total ¹⁵⁶
Perceber as dificuldades do FD na deambulação	1 (2.0%)	2 (4.0%)	11 (22.0%)	36 (72.0%)	50 (100%)
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação	2 (5.0%)	6 (15.0%)	9 (22.5%)	23 (57.5%)	40 (100%)
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o FD deambular	2 (5.0%)	10 (25.0%)	7 (17.5%)	21 (52.5%)	40 (100%)
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação	2 (5.0%)	11 (27.5%)	9 (22.5%)	18 (45.0%)	40 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para o FD andar	7 (17.5%)	8 (20.0%)	14 (35.0%)	11 (27.5%)	40 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para andar	4 (10.5%)	4 (10.5%)	8 (21.1%)	22 (57.9%)	38 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para andar	4 (9.5%)	4 (9.5%)	8 (19.1%)	26 (61.9%)	42 (100%)
Assistir o FD a andar	11 (22.0%)	11 (22.0%)	7 (14.0%)	21 (42.0%)	50 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	6 (14.6%)	12 (29.3%)	15 (36.6%)	8 (19.5%)	41 (100%)
Incentivar o FD a andar	7 (17.1%)	13 (31.7%)	12 (29.3%)	9 (21.9%)	41 (100%)

¹⁵⁵ Idem¹⁵⁶ Existe variação no “N” relacionado com o facto de alguns PC considerarem que determinadas questões não se aplicavam à sua situação particular. Paralelamente alguns dados “perderam-se” pela leitura dos caracteres manuscritos do formulário aquando do processo de lançamento realizado através do *software* TELEFORM.

Tabela 20 - PAE no desempenho de atividades de apoio ao AC “Tomar a medicação”

O PC sente-se competente para ...	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente	Total ¹⁵⁷
	1	2	3	4	
Supervisar as tomas de medicação	1 (0.5%)	-	20 (11.0%)	161 (88.5%)	182 (100%)
Detetar efeitos secundários da medicação	9 (4.8%)	46 (24.6%)	70 (37.4%)	62 (33.2%)	187 (100%)
Perceber se a medicação do FD está a produzir os efeitos desejados	3 (1.6%)	15 (8.0%)	93 (49.7%)	76 (40.7%)	187 (100%)
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	-	7 (10.9%)	22 (34.4%)	35 (54.7%)	64 (100%)
Cumprir o horário e a dose da medicação	-	-	21 (11.2%)	166 (88.8%)	187 (100%)
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas	8 (4.3%)	69 (36.9%)	61 (32.6%)	49 (26.2%)	187 (100%)
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	1 (1.6%)	10 (15.6%)	19 (29.7%)	34 (53.1%)	64 (100%)
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	10 (5.3%)	79 (42.3%)	58 (31.0%)	40 (21.4%)	187 (100%)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FD para tomar a medicação	19 (11.9%)	32 (20.0%)	44 (27.5%)	65 (40.6%)	160 (100%)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FD para tomar a medicação	1 (0.6%)	10 (6.2%)	54 (33.8%)	95 (59.4%)	160 (100%)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FD para tomar a medicação	4 (2.3%)	21 (12.3%)	34 (19.9%)	112 (65.5%)	171 (100%)
Administrar a medicação	-	-	19 (10.2%)	168 (89.8%)	187 (100%)
Promover a participação do FD nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS	21 (29.6%)	21 (29.6%)	17 (23.9%)	12 (16.9%)	71 (100%)
Incentivar o FD a preparar e a tomar a medicação	36 (25.7%)	28 (20.0%)	47 (33.6%)	29 (20.7%)	140 (100%)

¹⁵⁷ Idem

Anexo IX

Tabelas de dados relativos aos cuidados dispensados pelo FC à PD

Tabela 21 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Tomar banho”

Frequência com que dá banho ao FD/semana							Total
1	2	3	4	5	6	7	196
7 (3.6%)	14 (7.1%)	3 (1.5%)	10 (5.1%)	8 (4.1%)	10 (5.1%)	144 (73.5%)	(100%)
Frequência com que lava as mãos e a cara ao FD/dia							Total
0	1	2	3	4	5		196
10 (5.1%)	68 (34.7%)	101 (51.5%)	8 (4.1%)	6 (3.1%)	3 (1.5%)		(100%)
Frequência com que lava o cabelo ao FD/semana							Total
0	1	2	3	4	7		196
8 (4.1%)	45 (23.0%)	72 (36.7%)	38 (19.4%)	6 (3.1%)	27 (13.8%)		(100%)
Local em que dá banho							
Cama		Chuveiro/banheira		Outro			196
138 (70.4%)		52 (26.5%)		6 (3.1%)			(100%)
Quem decide frequência/local do banho							
Familiar dependente		Prestador de cuidados		Outro			196
11 (5.6%)		178 (90.8%)		7 (3.6%)			(100%)
Incentiva a lavar zonas do corpo de que é capaz							
Nunca		Às vezes		Sempre			196
78 (39.8%)		73 (37.2%)		45 (23.0%)			(100%)

Tabela 22 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “ Vestir-se e despir-se”

Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao FD			Total
Nunca	Às vezes	Sempre	196
2 (1.0%)	18 (9.2%)	176 (89.8%)	(100%)
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao FD			
Nunca	Às vezes	Sempre	196
1 (0.5%)	6 (3.1%)	189 (96.4%)	(100%)
Abotoa/desabotoa a roupa ao FD			
Nunca	Às vezes	Sempre	196
5 (2.6%)	22 (11.2%)	169 (86.2%)	(100%)
Calça/descalça o FD			
Nunca	Às vezes	Sempre	191
3 (1.6%)	6 (3.1%)	182 (95.3%)	(100%)
Ajusta vestuário em função da temperatura			
Nunca	Às vezes	Sempre	196
2 (1.0%)	33 (16.8%)	161 (82.1%)	(100%)
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do FD			
Nunca	Às vezes	Sempre	196
3 (1.5%)	6 (3.1%)	187 (95.4%)	(100%)
Quem escolhe a roupa			
Familiar dependente	Prestador de cuidados	Outro	196
14 (7.1%)	181 (92.3%)	1 (0.5%)	(100%)
PC incentiva FD a vestir-se e calçar-se sozinho			
Nunca	Às vezes	Sempre	196
79 (40.3%)	81 (41.3%)	36 (18.4%)	(100%)

Tabela 23 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Arranjar-se”

Frequência com que arranja as unhas/mês							Total
0	1	2	3	4	7	9	196
1 (0.5%)	29 (14.8%)	88 (44.9%)	46 (23.5%)	26 (13.3%)	1 (0.5%)	5 (2.5%)	(100%)
Frequência com que limpa os ouvidos/semana							Total
0	1	2	3	4	5	7	196
24 (12.2%)	68 (34.7%)	53 (27.0%)	26 (13.3%)	5 (2.6%)	1 (0.5%)	19 (9.7%)	(100%)
Frequência com que aplica desodorizantes ou perfumes/semana							Total
0	1	2	3	4	5	7	196
118 (60.2%)	10 (5.1%)	15 (7.7%)	9 (4.6%)	3 (1.5%)	2 (1.0%)	39 (19.9%)	(100%)
Frequência com que aplica cremes hidratantes/semana							Total
0	1	2	3	4	5	6	7
45 (23.0%)	35 (17.9%)	22 (11.2%)	18 (9.2%)	4 (2.0%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)	68 (34.7%)
Frequência com que corta/apara a barba							Total
0	1	2	3	4	7		71
8 (11.3%)	2 (2.8%)	27 (38.0%)	25 (35.2%)	7 (9.9%)	2 (2.8%)		(100%)
Frequência com que penteia o cabelo/dia							Total
0	1	2	3	4			196
16 (8.2%)	139 (70.9%)	39 (19.9%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)			(100%)
Frequência com que lava os dentes/dia							Total
0	1	2	3	4			188
86 (41.5%)	71 (37.8%)	26 (13.8%)	10 (5.3%)	3 (1.6%)			(100%)
Frequência com que aplica maquilhagem/mês							Total
0	3						125
124 (99.2%)	1 (0.8%)						(100%)

Tabela 24 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Alimentar-se”

Nº de refeições por dia											Total
1	2	3	4	5	6	7					196
1 (0.5%)	4 (2.1%)	42 (21.4%)	96 (49.0%)	41 (20.9%)	11 (5.6%)	1 (0.5%)					(100%)
Frequência com que o PC dá líquidos (água) fora das refeições											Total
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	192
21 (10.7%)	39 (19.9%)	54 (27.5%)	31 (15.8%)	20 (10.2%)	17 (8.8%)	4 (2.0%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	6 (3.1%)	2 (1.0%)	(100%)
Decisão sobre frequência e local das refeições											
Prestador de cuidados		Familiar dependente		Enfermeiro		SRD					196
177 (90.3%)		16 (8.2%)		1 (0.5%)		2 (1.0%)					(100%)
Quem decide a dieta											
Familiar dependente		PC		Enfermeiro		Outro					196
7 (3.6%)		158 (80.6%)		14 (7.1%)		17 (8.7%)					(100%)
Local											
Cama		Sala/cozinha		Outro							196
94 (48.0%)		59 (30.1%)		43 (21.9%)							(100%)
Dá os alimentos à boca											
Nunca		Às vezes		Sempre							196
47 (24.0%)		47 (24.0%)		102 (52.0%)							(100%)
Respeita a dieta aconselhada ao FD											
Nunca		Às vezes		Sempre							110
2 (1.8%)		40 (36.4%)		68 (61.8%)							(100%)
Procede a ajustes na dieta em função das preferências do FD											
Nunca		Às vezes		Sempre							182
14 (7.7%)		137 (75.3%)		31 (17.0%)							(100%)
PC altera dieta em função da condição nutricional do FD											
Nunca		Às vezes		Sempre							175
54 (27.6%)		126 (64.2%)		16 (8.2%)							(100%)
Inclui frutas/legumes na dieta											
Nunca		Às vezes		Sempre							196
-		69 (35.2%)		127 (64.7%)							(100%)
Utiliza espessantes/gelatinas											
Nunca		Às vezes		Sempre							108
63 (58.3%)		34 (31.5%)		11 (10.2%)							(100%)
Incentiva a ingestão de líquidos fora das refeições											
Nunca		Às vezes		Sempre							189
13 (6.9%)		83 (43.9%)		93 (49.2%)							(100%)
Incentiva FD a comer sozinho											
Nunca		Às vezes		Sempre							196
66 (33.7%)		52 (26.5%)		78 (39.8%)							(100%)

Tabela 25 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Usar o sanitário”

Leva ao sanitário para evacuar no mínimo 1/dia				
Nunca	Às vezes	Sempre		161 (100%)
151 (93.8%)	8 (5.0%)	2 (1.2%)		
Posiciona no sanitário				
Nunca	Às vezes	Sempre		187 (100%)
122 (65.2%)	19 (10.2%)	46 (23.5%)		
Lava os genitais depois das micções/dejecções				
Nunca	Às vezes	Sempre		196 (100%)
2 (1.0%)	59 (30.1%)	135 (68.9%)		
Costuma pesquisar fecalomas				
Nunca	Às vezes	Sempre		175 (100%)
161 (92.0%)	9 (5.1%)	5 (2.9%)		
Local onde habitualmente urina				
Arrastadeira	Fralda	Sanita	Outro	196 (100%)
4 (2.0%)	104 (53.1%)	28 (14.3%)	60 (30.6%)	
Local onde habitualmente evacua				
Arrastadeira	Fralda	Sanita	Outro	196 (100%)
5 (2.6%)	123 (62.8%)	15 (7.6%)	53 (27.0%)	
Decisão sobre o local onde FD vai urinar/evacuar				
Familiar dependente	Prestador de cuidados	Outro		196 (100%)
19 (9.7%)	173 (88.3%)	4 (2.0%)		
Incentiva FD a usar sanitário				
Nunca	Às vezes	Sempre		190 (100%)
121 (63.7%)	18 (9.5%)	51 (26.8%)		

Tabela 26 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Elevar-se”

Frequência com que senta FD/dia								Total
0	1	2	3	4	5	6	7	182 ¹⁵⁸ (100%)
22(12.1%)	49 (26.9%)	44 (24.2%)	32 (17.6%)	28 (15.4%)	2 (1.1%)	4 (2.2%)	1 (0.5%)	
Frequência com que levanta (pôr de pé) o FD/dia								Total
0	1	2	3	4	5	6		178 (100%)
125 (70.2%)	3 (1.7%)	14 (7.9%)	12 (6.7%)	15 (8.4%)	3 (1.7%)	6 (3.4%)		
Incentiva a sentar-se								171 (100%)
Nunca		Às vezes		Sempre				
42 (24.6%)		64 (37.4%)		65 (38.0%)				
Incentiva a levantar-se (pôr-se de pé)								176 (100%)
Nunca		Às vezes		Sempre				
119 (67.6%)		42 (23.9%)		15 (8.5%)				

Tabela 27 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Virar-se”

Frequência com que posiciona FD/dia, na cama/cadeira											Total
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	164 ¹⁵⁹ (100%)
5 (3.0%)	7 (4.3%)	28 (17.1%)	57 (34.8%)	20 (12.2%)	20 (12.2%)	17 (10.4%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	2 (1.2%)	6 (3.7%)	
Quem decide horário e posição											
Familiar dependente			Prestador de cuidados					Outro			196 (100%)
59 (30.1%)			132 (67.3%)					5 (2.6%)			
Opção pelos DL											
Nunca			Às vezes					Sempre			170 (100%)
3 (1.8%)			119 (70.0%)					48 (28.2%)			
Incentiva FD a posicionar-se											
Nunca			Às vezes					Sempre			191

¹⁵⁸ 14 fazem-no sozinhos

¹⁵⁹ 32 Idem

49 (25.0%)	96 (49.0%)	51 (26.0%)	(100%)
------------	------------	------------	--------

Tabela 28 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Transferir-se”

Frequência com que transfere FD da cama para a cadeira/dia				
0	1	2	3	189
56 (29.6%)	90 (47.6%)	31 (16.4%)	12 (6.3%)	(100%)
Quem decide transferir				
Familiar dependente	PC	Enfermeiro	Outro	176
16 (9.1%)	158 (89.8%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	(100%)
Incentiva FD a participar na transferência				
Nunca	Às vezes	Sempre		102
60 (58.8%)	10 (9.8%)	32 (31.4%)		(100%)

Tabela 29 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Usar cadeira de rodas”¹⁶⁰

Tabela 25 - Cuidados dispensados pelo FC ao FD no AC - Usar cadeira de rodas											
Frequência com que movimenta FD na cadeira de rodas/dia										Total	
0	1	2	3	4	5	6	7			166	
101 (60.8%)	11 (6.6%)	19 (11.4%)	10 (6.0%)	12 (7.2%)	8 (4.8%)	3 (1.8%)	2 (1.2%)			(100%)	
Frequência com que leva FD a passear na cadeira de rodas/mês										Total	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥10≤15	166
116 (69.9%)	10 (6.0%)	7 (4.2%)	5 (3.0%)	11 (6.7%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	7 (4.2%)	2 (1.2%)	5 (3.0%)	(100%)
Quem decide uso da cadeira de rodas											
Familiar dependente					Prestador de cuidados						97
12 (12.4%)					85 (87.6%)						(100%)
Incentiva a usar a cadeira de rodas											
Nunca			Às vezes			Sempre				67	
58 (86.6%)			3 (4.5%)			6 (9.0%)				(100%)	

Tabela 30 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Andar”

Frequência com que assiste na deambulação								Total
0	1	2	3	4	5	6	8	196
167 (85.2%)	5 (2.6%)	2 (1.0%)	5 (2.6%)	8 (4.1%)	4 (2.0%)	4 (2.0%)	1 (0.5%)	(100%)
Quem decide								
Familiar dependente		Prestador de cuidados			Outro			53
18 (34.0%)		7 (13.2%)			28 (52.8%)			(100%)
Incentiva a deambular sozinho								
Nunca		Às vezes			Sempre			131
116 (88.5%)		9 (6.9%)			6 (4.6%)			(100%)

¹⁶⁰ 30 não têm cadeira de rodas

Tabela 31 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no AC “Tomar a medicação”

Procede a ajustes no horário/dose dos medicamentos (de acordo com indicação médica)			
Nunca	Às vezes	Sempre	159
65 (40.9%)	80 (50.3%)	14 (8.8%)	(100%)
Procede a alterações no horário/dose dos medicamentos (sem indicação médica)			
Nunca	Às vezes	Sempre	190
141 (74.2%)	48 (25.3%)	1 (0.5%)	(100%)
Esquece-se da dose/administração de algum medicamento			
Nunca	Às vezes	Sempre	190
175 (92.1%)	15 (7.9%)	-	(100%)
Incentiva a preparar/tomar, sozinho, os medicamentos			
Nunca	Às vezes	Sempre	172
103 (59.9%)	26 (15.1%)	43 (25.0%)	(100%)

Tabela 32 - Cuidados dispensados pelo PC ao FD no âmbito dos processos corporais

Processo do sistema músculo-esquelético				
Frequência com que realiza exercícios/mobiliza os membros superiores por dia				Total
0	1	2	4	196
170 (86.8%)	22 (11.2%)	2 (1.0%)	2 (1.0%)	(100%)
Frequência com que realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores por dia				Total
0	1	2	4	196
174 (88.8%)	18 (9.2%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	(100%)
Processo do sistema tegumentar				
Frequência com que inspeciona as proeminências ósseas/dia				Total
0	1	2	3	196
86 (43.9%)	83 (42.3%)	21 (10.7%)	6 (3.1%)	(100%)
Frequência com que massaja a pele das proeminências ósseas/dia				Total
0	1	2	3	190
117 (59.7%)	64 (32.7%)	13 (6.6%)	2 (1.0%)	(100%)
Frequência com que inspeciona a pele do períneo/dia				Total
0	1	2	3	196
24 (12.2%)	130 (66.3%)	36 (18.4%)	6 (3.1%)	(100%)
Processo do sistema respiratório				
Incentiva FD a tossir quando se apercebe que ele tem secreções				
Nunca	Às vezes	Sempre		163
16 (9.8%)	81 (49.7%)	66 (40.5%)		(100%)
PC costuma aspirar secreções quando FD não as consegue eliminar				
Nunca	Às vezes	Sempre		70
59 (84.3%)	6 (8.6%)	5 (7.1%)		(100%)

Anexo X

Tabelas de dados relativos aos recursos de apoio ao AC

Tabela 33 – Recursos de apoio ao AC Tomar banho

Assento suspenso para banheira						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
16 (8.2%)	180 (91.8%)	196 (100%)	7	9	5	4
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
3		-	-	2	-	
Barras de apoio para banho						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
19 (7.3%)	177 (92.7%)	196 (100%)	10	9	6	13
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
-		-	1	1	4	
Cadeira de banho						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
57 (29.1%)	139 (70.9%)	196 (100%)	5	52	13	39
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
7		2	2	2	-	
Cadeira higiénica						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
80 (40.8%)	116 (59.2)	196 (100%)	20	60	15	45
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
8		2	2	1	2	
Elevador de banheira						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
2 (1.0)	191 (99.0%)	193 (100%)	1	1	1	-
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
1		-	-	-	-	
Lava cabeças para acamado						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
56 (28.6%)	140 (71.2%)	195 (100%)	7	49	27	22
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
12		9	-	-	6	
Antiderrapante						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
17 (8.7%)	179 (91.3%)	196 (100%)	10	7	-	7

Tabela 34 – Recursos de apoio ao AC *Vestir-se e despir-se*

Abotoador						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
3 (1.5%)	191 (98.5%)	194 (100%)	-	3	-	3
Calça meia/tira meias						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
6 (3.1%)	188 (96.9%)	194 (100%)	-	6	-	6
Calçadeira de cabo longo						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
4 (2.1%)	190 (97.9%)	194 (100%)	-	4	-	4
Cordões elásticos						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
3 (1.5%)	191 (98.5%)	194 (100%)	3	-	-	-
Extensões para fechos de correr						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
2 (1.0%)	192 (99.0%)	194 (100%)	-	2	-	2

Tabela 35 – Recursos de apoio ao AC *Arranjar-se*

Pente de cabo longo						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
-	196	196 (100%)	-	-	-	-
Espelho inclinável						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
24 (12.2%)	172 (87.8%)	192 (100%)	-	24	-	24

Tabela 36 – Recursos de apoio ao AC Alimentar-se

Abridor de frascos						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
1 (0.5%)	195 (99.5%)	196 (100%)	-	1	-	1
Adaptador de talheres						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
6 (3.1%)	190 (96.9%)	196 (100%)	-	6	1	5
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		1	
Babete						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
105 (53.6%)	91 (46.4%)	196 (100%)	100	5	4	1
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
					4	
Copo adaptado						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
10 (5.1%)	186 (94.9%)	196 (100%)	6	4	2	7
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		2	
Garfo flexível						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
4 (2.0%)	192 (98.0%)	196 (100%)	-	4	1	3
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		1	
Mesa de comer na cama						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
64 (32.7%)	132 (67.3%)	196 (100%)	15	49	16	33
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
5	1	-	-		10	
Rebordo para prato						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
20 (10.2%)	176 (89.8%)	196 (100%)	9	11	1	10
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		1	
Suporte de copos ¹⁶¹						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não

¹⁶¹ As frequências relativas ao item “utilizado” estão além das frequências respetivas no item “necessário”, o que significa que poderá haver a utilização de recursos que do ponto de vista do juízo clínico seriam dispensáveis.

8 (4.1%)	188 (95.9%)	196 (100%)	3	8	1	7
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		1	
Suporte de palhinha para copo						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
14 (7.1%)	182 (92.9%)	196 (100%)	-	14	2	12
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		2	

Tabela 37 – Recursos de apoio ao AC Usar o sanitário

Alteador de sanita						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
29 (15.1%)	163 (84.9%)	192 (100%)	3	26	8	18
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
4		-	-	-	4	
Arrastadeira						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
36 (18.7%)	157 (81.3%)	193 (100%)	7	29	2	27
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
1		-	-	-	1	
Barra de apoio sanitário						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
31 (16.2%)	160 (83.8%)	191 (100%)	6	25	6	19
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
2		2	-	1	1	
Cadeira sanitária						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
93 (47.9%)	101 (52.1%)	194 (100%)	23	70	10	60
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
5		2	-	-	3	
Cueca impermeável						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
24 (12.4%)	170 (87.6%)	194 (100%)	10	14	-	24
Colector urinário						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
52 (26.8%)	142 (73.2%)	194 (100%)	36	16	5	11
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
-		2	-	-	14	
Fralda ¹⁶²						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
82 (42.3%)	112 (57.7%)	194 (100%)	181	-	-	-
Penso absorvente para incontinência						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
30 (15.5%)	164 (84.5%)	194 (100%)	11	19	-	19
Penso higiénico						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não

¹⁶² As frequências relativas ao item “utilizado” estão além das frequências respetivas no item “necessário”, o que significa que poderá haver a utilização de recursos que do ponto de vista do juízo clínico seriam dispensáveis. No caso, este é um recurso utilizado pela maioria dos FD, independentemente de terem ou não controle de esfíncteres.

5 (2.6%)	190 (97.4%)	195 (100%)	5	-	-	-
Resguardo¹⁶³						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
67 (34.7%)	126 (65.3%)	193 (100%)	125	-	-	-
Saco de colostomia/ileostomia/urina						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
14 (7.2%)	181 (92.8%)	195 (100%)	14	-	-	-
Urinol						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
22 (11.3%)	173 (88.7%)	195 (100%)	-	22	-	22

Tabela 38 – Recursos de apoio ao AC Elevar-se

Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
4 (2.0%)	192 (98.0%)	196 (100%)	1	3	3	-
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
-	-	-	-		3	
Apoio de cabeça anatômico						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
13 (6.6%)	183 (93.4%)	196 (100%)	3	10	7	6
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
1	3	1	-		2	
Apoio de pés						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
35 (17.9%)	161 (82.1%)	196 (100%)	18	17	5	12
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
3	1	-	-		1	
Barras paralelas e apoios da posição de pé						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
29 (14.8%)	167 (85.2%)	196 (100%)	2	27	3	24
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência		Outras	
1	1	-	-		1	

¹⁶³ As frequências relativas ao item “utilizado” estão além das frequências respetivas no item “necessário”, o que significa que poderá haver a utilização de recursos que do ponto de vista do juízo clínico seriam dispensáveis. De acordo com os PC este é recurso utilizado por rotina.

Tabela 39 – Recursos de apoio no AC Virar-se

Grades de apoio/segurança						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
64 (32.7%)	132 (67.3%)	196 (100%)	54	12	12	-
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Económica	Limitações da residência	Outras		
7	-	-	-	5		
Colchão anti-úlceras de pressão ¹⁶⁴						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
94 (48.0%)	102 (52.0%)	194 (100%)	112	18	7	11
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
7	-	-	-	-		
Cotoveleira						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
28 (14.4%)	167 (85.6%)	195 (100%)	16	12	10	2
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
-	2	-	-	8		
Coxim						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
24 (12.4%)	169 (87.6%)	193 (100%)	10	14	2	12
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
1	1	-	-	-		
Transfer de cama						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
18 (9.3%)	175 (90.7%)	193 (100%)	2	16	16	-
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
3	4	1	-	8		
Imobilizador abdominal						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
25 (12.8%)	170 (87.2%)	195 (100%)	6	19	17	2
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
	3			14		
Luva de imobilização						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
2 (1.0%)	193 (99.0%)	195 (100%)	-	2	2	-
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
				2		
Posicionador de perna e pés						

¹⁶⁴ As frequências relativas ao item “utilizado” estão além das frequências respetivas no item “necessário”, o que significa que poderá haver a utilização de recursos que do ponto de vista do juízo clínico seriam dispensáveis.

Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
43 (22.3%)	150 (77.7%)	193 (100%)	11	22	20	2
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento		Limitações da residência	Outras
4		4				12
Suporte para costas						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
17 (8.8%)	177 (91.2%)	194 (100%)	1	16	9	17
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento		Limitações da residência	Outras
2		2	-		-	5
Dispositivo de prevenção de pé equino						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
16 (8.2%)	178 (91.8%)	194 (100%)	-	16	7	11
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento		Limitações da residência	Outras
-		3	1		-	7

Tabela 40 – Recursos de apoio ao AC Transferir-se

Barra de apoio						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
13 (6.9%)	175 (93.1%)	188 (100%)	-	13	-	13
Cabeceira e pés de cama amovíveis						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
12 (6.3%)	177 (93.7%)	189 (100%)	12	-	-	-
Cama articulada						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
76 (38.8%)	120 (61.2%)	196 (100%)	56	20	20	-
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
20	-	-	--	-		
Elevador de transferência						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
55 (28.5%)	138 (71.5%)	193 (100%)	6	49	35	14
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
25	2	-	2	6		
Transfer leito-cadeira						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
33 (17.2%)	159 (82.8%)	192 (100%)	2	31	13	18
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
5	3	1	1	3		
Disco de rotação						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
2 (1.0)	189 (99.0%)	191 (100%)	-	14	-	2

Tabela 41 – Recursos de apoio ao AC Andar

Tabela 41 – Recursos de apoio ao AC Andarilho						
Andarilho						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
40 (20.4%)	156 (79.6%)	196 (100%)	12	28	3	25
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
1		-	1	1	-	
Bengala						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
1 (0.5%)	195 (99.5%)	130 (100%)	1	-	-	-
Canadiana(s)						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
5 (2.6%)	191 (97.4%)	130 (100%)	4	1	-	1
Prótese						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
-	196 (100%)	196 (100%)	-	-	-	-

Tabela 42 – Recursos de apoio ao AC *Tomar a medicação*

Aparelho para TA ¹⁶⁵						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
74 (37.8%)	122 (62.2%)	196 (100%)	97	20	19	1
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
15	-	2	-	2		
Aspirador de secreções						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
28 (14.6%)	164 (85.4%)	192 (100%)	12	16	9	7
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
4	-	-	-	5		
Caixa de comprimidos						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
32 (16.8%)	159 (83.2%)	191 (100%)	19	13	6	7
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
1	1	-	-	4		
Caneta de insulina						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
13 (6.8%)	179 (93.2%)	192 (100%)	13	-	-	-
Corta comprimidos						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
3 (1.6%)	188 (98.4%)	191 (100%)	3	-	-	-
Máquina de pesquisa de glicemia capilar						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
91 (47.4%)	101 (52.6%)	192 (100%)	75	16	11	5
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
2	4	1	-	3		
Nebulizador						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
26 (13.5%)	166 (86.5%)	192 (100%)	10	16	4	12
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
-	1	-	-	3		
Oxigenoterapia						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
3 (1.6%)	189 (98.4%)	192 (100%)	3	-	-	-
Termómetro ¹⁶⁶						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não

¹⁶⁵ As frequências relativas ao item “utilizado” estão além das frequências respetivas no item “necessário”, o que significa que poderá haver a utilização de recursos que do ponto de vista do juízo clínico seriam dispensáveis.

¹⁶⁶ Idem

73 (37.2%)	123 (62.8%)	185 (100%)	113	-	-	-
Triturador de comprimidos						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
34 (17.7%)	158 (82.3%)	192 (100%)	18	16	15	2
Razões para a não utilização						
Económica	Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras		
2	1	-	-	12		

Tabela 43 – Recursos complementares

Dispositivo de chamada						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
22 (11.2%)	174 (88.8%)	195 (100%)	18	4	3	1
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
3		-	-	-	-	
Material de instrução e aprendizagem						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
40 (20.4%)	156 (79.6%)	196 (100%)	6	34	20	14
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
-		8	1	-	11	
Prótese auditiva						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
8 (4.1%)	188 (95.9%)	195 (100%)	8	-	-	-
Telefone/telemóvel						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
59 (30.1%)	137 (69.9%)	196 (100%)	56	3	-	3
Pinça para alcançar objectos						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
161 (82.1%)	35 (17.9%)	196 (100%)	-	161	38	123
Razões para a não utilização						
Económica		Desconhece acesso	Desconhece funcionamento	Limitações da residência	Outras	
-		-	-	-	38	
Suporte para cartas						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
1 (0.5%)	195 (99.5%)	196 (100%)	-	1	-	1
Enfia agulhas						
Necessário			Utilizado		Desejado	
Sim	Não	Total	Sim	Não	Sim	Não
5 (2.6%)	191 (97.4%)	196 (100%)	-	5	-	5

Tabela 44 – Outros recursos

Recursos profissionais			
Nutricionista	6 (3.1%)	Psicólogo	3 (1.5%)
Fisioterapeuta	58 (29.6%)	Outro	12 (6.1%)
Recursos não profissionais			
Familiar	150 (76.8%)	Empregada	33 (16.8%)
Vizinho	4 (2.0%)	Outro	4 (2.0%)
Amigo	2 (1.0%)		
Serviços de apoio			
Acompanhamento do FD em casa	8 (4.1%)	Apoio na compra de artigos alimentares	1 (0.5%)
Cuidados de higiene e conforto	60 (30.8%)	Acompanhamento do FD ao exterior	13 (6.6%)
Cabeleireiro, manicura, esteticista	21 (10.7%)	Acompanhamento em atividades lúdicas e recreativas	5 (2.6%)
Apoio no tratamento de roupa	3 (1.5%)	Hospital	194 (99.0%)
Confeção de refeições e apoio durante as mesmas	6 (3.1%)	Tele-assistência	2 (1.0%)
Aconselhamento e instalação de equipamentos	1 (0.5%)	112	185 (94.3%)
Apoio técnico na adaptação do domicílio	1 (0.5%)	Centro de saúde/Unidade de saúde	196 (100%)
Apoio na compra de medicamentos	3 (1.5%)	Linha saúde 24	6 (3.1%)
Uso de recursos financeiros			
Rendimento do trabalho	24 (12.2%)	A cargo da família	79 (40.5%)
Rendimentos de propriedade e de empresa	15 (7.7%)	Apoio social	9 (4.6%)
Subsídio de desemprego	5 (2.6%)	Programa conforto habitacional para idosos	1 (0.5%)
Subsídio temporário por acidente de trabalho ou doença profissional	1 (0.5%)	Rendimento solidário para idosos	13 (6.6%)
Outros subsídios temporários	2 (1.0%)	Complemento de dependência	135 (68.9%)
Rendimento social de inserção	3 (1.5%)	Esmolas/donativos	3 (1.5%)
Pensão/reforma	189 (96.4%)	Outra situação	7 (3.6%)

Impressos em uso na UCD para a documentação dos CE



UNIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

Data de Admissão: ____ / ____ / ____

Grau dependência: ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____	Processo N.º _____
Morada: _____	PT: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Estado Civil: _____
Escolaridade: _____	
Profissão: _____	Activo <input type="checkbox"/> Não Activo <input type="checkbox"/>
Enviado por: _____	Médico Assistente: _____
Cuidador Principal: _____	Contacto: _____
Beneficiário N.º: _____	Sistema: _____
Cartão Utente N.º _____	
Enfermeiro Responsável: _____	
Motivo de Intervenção: _____	

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES

AVC <input type="checkbox"/>	- Neoplasias <input type="checkbox"/>	- Fracturas <input type="checkbox"/>	- Diabetes, Tipo _____
- Úlcera de pressão <input type="checkbox"/>	- Úlcera varicosa <input type="checkbox"/>	- Outras feridas <input type="checkbox"/>	_____
- Patologia osteo - articular <input type="checkbox"/>	- Cardiopatia isquémica <input type="checkbox"/>	- Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/>	
- Demência <input type="checkbox"/>	- Acidente / lesão traumática <input type="checkbox"/>	- DPOC <input type="checkbox"/>	- Doença neurológica <input type="checkbox"/>
- Doença infecciosa <input type="checkbox"/>	- Doença endócrina / metabólica <input type="checkbox"/>	- Doença psiquiátrica <input type="checkbox"/>	
- Outros <input type="checkbox"/>	_____		
- Internamentos anteriores	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Motivo _____	



UNIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Diagnóstico Médico: _____

TERAPÊUTICA PRESCRITA

FÁRMACO	FREQUÊNCIA	NECESSIDADE DE ENSINO

ALERGIAS CONHECIDAS: _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

- Habitação: Casa ☐ Apartamento ☐ Outra ☐ _____

- Acessibilidade: Escadas ☐ Elevador ☐ Rampa ☐

- Condições Higiénico-sanitárias: Boas ☐ Regulares ☐ Más ☐

- Condições sócio-económicas: Boas ☐ Regulares ☐ Más ☐

- Com Quem Vive: Sozinho(a) ☐ Cônjuge ☐ Familiares ☐ Outros: _____

- Apoio social ☐ Qual? _____

OBS.: _____



UNIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

OBSERVAÇÃO FÍSICA

1 - Olhos:

Sem Alteração ☐ Com Alterações ☐ Qual/Quais? _____

Visão: Normal ☐ Com Alterações ☐ Quais? _____

Prótese ☐ Ortótese ☐ Cegueira ☐

2 - Ouvidos:

Sem Alteração ☐ Com Alterações ☐ Qual/Quais? _____

Audição: Normal ☐ Com Alterações ☐ Quais? _____

Diminuição da Acuidade Auditiva ☐ Zumbidos ☐ Tonturas ☐ Surdez ☐ Prótese ☐

3 - Nariz:

Sem Alteração ☐ Com Alterações ☐ Qual/Quais? _____

Olfacto: Normal ☐ Diminuído ☐ Ausente ☐

4 - Boca:

Dentição: Completa ☐ Incompleta ☐ Prótese Dentária ☐ Hálito: _____

Dificuldade em Articular/falar ☐ Afasia ☐ Disartria ☐

Disfagia ☐ Líquidos ☐ Sólidos ☐

5 - Respiração:

Frequência _____ ciclos/min Dispneia ☐ Ortopneia ☐ Estertorosa ☐

6 - Mobilidade:

Acamado ☐ Sentado ☐ Anda ocasionalmente ☐ Anda frequentemente ☐

Equipamentos auxiliares: Não ☐ Sim ☐

Quais: Muletas ☐ Andarilho ☐ Bengala ☐ Tala/aparelho ☐ Cadeira de rodas ☐

Cama articulada ☐

7 - Alterações Neuro-Motoras:

Parésia ☐ Especificar: _____

Paralisia ☐ Especificar: _____

Tetraplegia ☐ Contracturas ☐ Espasmos Musculares ☐ Tremores ☐ OUTROS ☐

8 - Nutrição:



Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Cons. Luis Bettencourt Monteiro Câmara, 26/28
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef. +351 296 205 250
Fax. +351 296 205 269

ares-csp@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt



UNIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Hábitos Alimentares:

N.º Refeições: _____

Alimentos mais utilizados: _____

Bebidas mais utilizadas: _____

Tipo de dieta: _____

Apetite: Normal ☐ Aumentado ☐ Diminuído ☐ Sensação de paladar Alterada ☐

Alterações gástricas: Náuseas ☐ Vômitos ☐ Disfagia: Total ☐ Parcial ☐ Sólidos ☐

Líquidos ☐ S.N.G ☐ N.º _____

9 – Eliminação

Intestinal: Controla esfíncter ☐ Incontinência ☐ Alterações: Diarreia ☐ Obstipação ☐

Vesical: Controla esfíncter ☐ Incontinência Urinária ☐ Fralda ☐ Dispositivo Urinário ☐

Algália ☐ N.º _____ Temporária ☐ Permanente ☐ Início: ____ / ____ / ____

10 – Sono e Repouso

Sem alteração ☐ Com alteração ☐ Insónia ☐ Pesadelos ☐ Outros: _____

11 – Estado de Consciência

Consciente ☐ Sonolento ☐ Confuso ☐ Agitado ☐ Outros: _____

12 – Estado Emocional

Alegre ☐ Triste ☐ Agressivo ☐ Apático ☐ Ansioso ☐ Deprimido ☐

Percepção do Utente / Família sobre a sua situação particular: _____

13 – Pele

- Coloração: Sem Alteração ☐ Com Alterações ☐ Qual/Quais? _____

- Mucosas: Coradas ☐ Ictéricas ☐ Pálidas ☐ Hidratadas ☐ Desidratadas ☐

- Turgor: Desidratação ☐ Hidratação ☐ Edemas ☐ Especificar: _____

- Integridade: Pele íntegra ☐ Com Alterações ☐ Especificar _____





Nome: _____ Processo N.º _____

[illegible]



DE PONTA DELGADA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VACINAÇÃO

Proc. Fam. _____

Autorizo/não autorizo para os devidos efeitos que seja(m) administrada(s) a(s) vacina(s) a _____
(a) meu/minha filho(a) ou outro (b), conforme comprovo com a minha rubrica.

Nome Vacina	Data e Rubrica (c)	Data e Rubrica (c)	Data e Rubrica (c)	Data e Rubrica (c)	Data e Rubrica (c)	Data e Rubrica (c)	Data e Rubrica (c)
BCG	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PENTA I	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PENTA II	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PENTA III	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
TETRA (1º Reforço)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP (2º Reforço)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VIP (1º Reforço)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VAHB I	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VAHB II	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VAHB III	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VASPR I	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VASPR II	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Men C I	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Men C II	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Men C III	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
TD	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

(a) Nome da criança (b) Grau de parentesco (c) Identificação da rubrica

Data	Assinatura	Rubrica

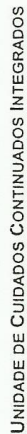


Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Cons. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, 2628
9500-028 Ponta Delgada (Açores)

Telef: +351 296 035 260
Fax: +351 296 035 272

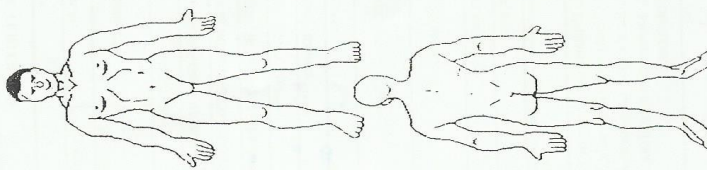
ara-csp@arsa.gov.pt
www.arsa.gov.pt



FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO DE ÚLCERAS

OME: _____ DATA ADMISSÃO: ____/____/____ PROCESSO N.º ____

LOCALIZAÇÃO DA U.: ☐ U. INICIAL ☐ RECORRENTE ☐ ADQUIRIDA: HOSPITAL ☐ AMBULATÓRIO

[illegible]

* GRAU DA ÚLCERA		** EXSUDADO	*** SINAIS DE INFECÇÃO	**** PELE CIRCUNDANTE	***** DOR
		QUANTIDADE:	1. Eritema 2. Calor 3. Ruborizada 4. Endurecida	1. Íntegra 2. Ruborizada 3. Macerada 4. Endurecida	0. Sem dor 1. Leve 2. Moderada 3. Intensa 4. Insuportável
1. Eritema cutâneo que não empalidece à pressão; 2. perda total da pele, lesão superficial (escorição, flictena); 3. perda parcial da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo 4. Destruição massissa, necrose tecidual ou danos musculares ou ossos		1. Pouco 2. Médio 3. Moderado 4. Abundante	1. Eritema 2. Calor 3. Ruborizada 4. Endurecida	1. Íntegra 2. Ruborizada 3. Macerada 4. Endurecida	0. Sem dor 1. Leve 2. Moderada 3. Intensa 4. Insuportável

Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef.: +351 296 205 260
Fax: +351 296 205 269

id:soft.sazori.azores.com
id:soft.sazori.azores.com

Mod. 11



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA (AVALIAÇÃO FUNCIONAL)

NOME: _____ IDADE: _____ ANOS DATA ADMISSÃO: ____/____/____ PROCESSO Nº: _____

AVALIAÇÃO	DEPENDENTE	COM AJUDA	INDEPENDENTE
- ALIMENTAR-SE	0	5	10
- PASSAGEM CAMA – CADEIRA DE RODAS E VICE VERSA	0	5	10
- HIGIENE PESSOAL	0	5	10
- USAR A SANITÁ	0	5	10
- TOMAR BANHO	0	5	10
- CAMINHAR NUMA SUPERFÍCIE NIVELADA OU USAR CADEIRA DE RODAS, SE INCAPAZ DE CAMINHAR	0	5	10
- SUBIR E DESCER DEGRAUS	0	5	10
- VESTIR-SE (INCLUI APERTAR ATACADORES, FIVELAS, COLCHETES)	0	5	10
- CONTROLE DO INTESTINO	0	5	10
- CONTROLE DA BEXIGA	0	5	10

PONTUAÇÃO TOTAL

0 – 20	- Dependente Total
21 – 60	- Dependente Severo
61 – 90	- Dependente Moderado
91 – 99	- Dependente Leve
100	- Independente

DATA: ____/____/____ O(A) ENFERMEIRO(A) _____



Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Cons. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, 26/28
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef. +351 296 205 260
Fax: +351 296 205 269

Site: www.csa.gov.pt
www.soc.gov.pt



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

FOLHA DE REGISTO DE ACÇÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

TEMA	ENSINO	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA
1. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA	- IMPORTÂNCIA DE UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA					
	- QUANTIDADE E TIPOS DE ALIMENTOS A CONSUMIR					
	- TÉCNICA DE MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS					
	- TÉCNICAS CULINÁRIAS					
1.1 EXCESSO / DEFICIT	- SUPLEMENTOS ALIMENTARES					
	- RECURSOS COMUNITÁRIOS DISPONÍVEIS					
	- OUTROS					
	- TÉCNICAS QUE VISAM DIMINUIR O RISCO DE ASPIRAÇÃO					
1.2 DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	- INTERVENÇÕES DE EMERGÊNCIA EM CASO DE OBSTRUÇÃO					
	- CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS					
	- OUTROS					
	- CUIDADOS COM A Sonda VESICAL					
5. ALGALIAÇÃO	- MUDANÇA DO SACO COLECTOR					
	- VIGILÂNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DA URINA					
	- RISCO DE INFECCÃO					
	- OUTROS					

1



Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Com. Luís Balsecourt Medeiros Câmara, 24/28
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef: +351 296 205 260
Fax: +351 296 205 269

smas-cpjd@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

TEMA	ENSINO	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA
3. OBSTIPACÃO	- DIETA EQUILIBRADA					
	- HIDRATAÇÃO					
	- HORÁRIO PARA ELIMINAÇÃO / PRODUÇÃO DE AMBIENTE					
	- MASSAGEM ABDOMINAL					
	- UTILIZAÇÃO DE LAXANTES					
	- HIGIENE					
4. DIARREIA	- OUTROS					
	- DIETA POBRE EM RESÍDUOS					
	- HIDRATAÇÃO					
	- DESPISTE DE CAUSAS DESENCADEANTES					
	- ELIMINAÇÃO DE CAUSAS DESENCADEANTES					
	- VIGILÂNCIA DAS CARACTERÍSTICAS E FREQ. DAS FEZES					
5. PERFUSÃO TECIDULAR	- HIGIENE					
	- OUTROS					
	- FACTORES DE MELHORIA DA CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA					
	- MODIFICAR ESTILOS DE VIDA					
	- MEDICAÇÃO MEDIDAS PREVENTIVAS E AUTOVIGILÂNCIA					
	- OUTROS					

Mod. 6

2

Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Consª. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, 2628
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef.: +351 296 205 260
Fax: +351 296 205 269

sras-cpi@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt

Mod. 6



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

TEMA	ENSINO	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA
6. PERCEÇÃO SENSORIAL PERTURBADA	- REDUÇÃO DE EXCESSO DE ESTÍMULOS (RUIDOS, LUZES)					
	- ESTIMULAR A AUTONOMIA DO UTENTE					
	- SENSIBILIZAR PARA IDENTIFICAÇÃO E ELIMINAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO					
	- SENSIBILIZAR PARA A IMPORTÂNCIA DO SONO E LIMITAÇÃO DO USO DE SEDAÇÃO					
	- OUTRO					
7. DISTÚRBIOS TEGUMENTARES	- CUIDADOS À PELE					
	- MANUTENÇÃO DA HIGIENE					
	- ALIMENTAÇÃO					
	- HIDRATAÇÃO					
	- SENSIBILIZAR PARA COMPLICAÇÕES: RISCO DE INFEÇÃO					
	- SENSIBILIZAR PARA A AUTOVIGILÂNCIA					
	- SENSIBILIZAR PARA A MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO					
	- MEDICAÇÃO: PROFILAXIA / CONTROLE DA DOR					
	- OUTROS					

3



Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Costa Luís Bettencourt Medeiros Câmara, 26/28
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef.: +351 296 205 260
Fax: +351 296 205 269

srta-csp@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

TEMA	ENSINO	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA	DATA RUBRICA
8. DOR (AGUDA / CRÓNICA)	- SENSIBILIZAR PARA A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DA DOR					
	- CAUSAS DA DOR					
	- MEDICAÇÃO / DESMISTIFICAR "MITOS"					
	- SENSIBILIZAR PARA A IMPORTÂNCIA DO SONO / REPOUSO E AMBIENTE CALMO					
	- ENCAMINHAMENTO					
	- OUTRO					
9. DEPRESSÃO	- ADOÇÃO DE PADRÕES DE SONO REGULAR					
	- ADOÇÃO DE PADRÃO ALIMENTAR ADEQUADO					
	- SENSIBILIZAR PARA O CONTROLE DA DOR / ENSINO SOBRE MEDICAÇÃO					
	- ESCLARECER SOBRE RECURSOS DA COMUNIDADE E ENCAMINHAMENTO					
	- INCENTIVAR ACTIVIDADES RELAXANTES					
	- INCENTIVAR O CONTACTO SOCIAL					
	- OUTRO					

Mod 6

4

Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

Rua Cons. Luís Battencourt Medeiros Câmara, 2628
9500-058 Ponta Delgada (Açores)

Telef.: +351 296 205 260
Fax: +351 296 205 269

sras-cspd@azores.gov.pt
www.azores.gov.pt

Mod 6

Anexo XII

Plano de formação



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

Curso de Doutoramento em Enfermagem

Projecto de Investigação - *“Membro da família prestador de cuidados: um modelo para a acção facilitador da transição para o desempenho do papel”*

Plano de formação

Finalidade

Refletir sobre os referenciais teóricos no âmbito do processo de transição para o desempenho do papel de familiar cuidador (FC) assim como sobre as orientações internacionais, nacionais e locais relacionadas com os cuidados continuados CC, em particular os cuidados domiciliários.

Objectivos:

- i) Analisar o enquadramento dos cuidados domiciliários no contexto geral dos CC e a sua adequação, em particular aos CE na UCD;
- ii) Conceptualizar os CE aFC como área de desenvolvimento da enfermagem contemporânea e como âmbito de atuação da UCD;
- iv) Definir uma abordagem a FC, centrada nos seus processo de transição para o desempenho do papel;
- v) Discutir as estratégias de avaliação e de intervenção no âmbito da facilitação do processo de transição para o desempenho do papel de FC;
- vi) Analisar o contributo dos sistemas de informação no desenvolvimento das práticas de enfermagem centradas em FC de pessoa dependente.

Conteúdos	Metodologia	Horário
MÓDULO I A Rede de Cuidados Continuados Integrados Cuidados continuados no domicílio	Expositiva/participativa Exploração de conceitos em debate	14h 00m às 15h 30m
MÓDULO II Famílias com dependentes no AC A emergência dos FC Transição para o desempenho do papel de PC	Expositiva/participativa Exploração de conceitos em debate	14h00m às 15h30m
MÓDULO III Famílias com dependentes no AC A dependência no AC como transição Teoria do AC de Dorothea Orem	Expositiva/participativa Exploração de conceitos em debate	14h00m às 15h30m
MÓDULO IV A documentação dos cuidados de enfermagem A CIPE: enquadramento e operacionalização	Expositiva/participativa Análise de caso Treino de enunciação de DE, de IE e de RE	14h00m às 15h30m
MÓDULO V Síntese integradora dos vários conteúdos	Participativa: elaboração de mapas mentais	14h00m às 15h30m

Anexo XIII

Focos de atenção dos CE

Familiar cuidador
Conhecimento para o desempenho do papel
Conhecimento sobre o regime de medicamentos prescritos
Conhecimento sobre a ação, efeitos secundários, precauções dos medicamentos
Conhecimento sobre o potencial de interação dos medicamentos
Conhecimento sobre o procedimento/técnica de administração dos medicamentos
Conhecimento sobre a técnica de injeção de insulina
Conhecimento sobre a monitorização do efeito dos medicamentos
Conhecimento sobre o armazenamento de medicamentos e tratamento dos não utilizados
Conhecimento sobre os cuidados de substituição do FD
Conhecimento sobre os cuidados de apoio ao FD
Conhecimento sobre os cuidados de promoção do padrão de eliminação (Regime dietético: ingestão de fibras e líquidos; horário e ambiente; massagem abdominal; regime de exercício)
Conhecimento sobre o regime dietético na obstipação: ingestão de fibras e líquidos; horário e ambiente; massagem abdominal; regime de exercício)
Conhecimento sobre a ingestão de fibras
Conhecimento sobre técnica de massagem abdominal para promover a eliminação intestinal
Conhecimento sobre regime de exercício
Conhecimento sobre os cuidados à pele
Conhecimento sobre os cuidados de higiene
Conhecimento sobre os cuidados de hidratação da pele
Conhecimento sobre os cuidados de promoção da integridade do sistema músculo-esquelético
Conhecimento sobre exercícios músculo-esqueléticos
Conhecimento sobre os cuidados de promoção da capacidade cognitiva do FD
Conhecimento sobre os cuidados de estimulação da cognição
Conhecimento sobre os cuidados de promoção da integridade do sistema respiratório
Conhecimento sobre os cuidados de promoção da limpeza das vias aéreas
Conhecimento sobre os cuidados de promoção/manutenção do estado nutricional
Conhecimento sobre os cuidados de promoção de comportamentos de segurança do FD
Conhecimento sobre os cuidados de prevenção de quedas
Conhecimento sobre os cuidados de prevenção de hiperglicemia
Conhecimento sobre os cuidados de prevenção de hipoglicemia
Conhecimento sobre os cuidados de prevenção da hipertensão arterial
Conhecimento sobre as medidas de promoção da participação do FD nos cuidados
Conhecimento sobre o tipo de técnicas/procedimentos a usar nos cuidados ao FD
Conhecimento sobre o regime de exercício recomendado
Conhecimento sobre a importância do exercício/razões para a adesão ao exercício
Conhecimento sobre a relação do exercício com a prevenção de compromisso de processos corporais
Conhecimento sobre o tipo de técnicas para a implementação do regime de exercício
Conhecimento sobre as causas da dependência
Conhecimento sobre a evolução esperada da doença
Conhecimento sobre a evolução esperada da dependência
Conhecimento sobre as complicações associadas à dependência
Conhecimento sobre as medidas para minimizar a progressão da dependência
Conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC disponíveis
Conhecimento sobre como/onde adquirir os recursos de apoio ao AC
Conhecimento sobre os cuidados de preservação do recurso
Conhecimento sobre o funcionamento do recurso
Conhecimento sobre as necessidades de acompanhamento pelos SS
Conhecimento sobre a dieta
Conhecimento sobre técnicas culinárias
Conhecimento sobre a importância da adesão a uma alimentação equilibrada
Conhecimento sobre as razões para a adesão à dieta recomendada
Conhecimento sobre a relação da dieta com a prevenção da obstipação
Conhecimento sobre a relação da dieta com a prevenção da obstipação
Conhecimento sobre a relação da dieta com a integridade da pele
Conhecimento sobre medidas de promoção da integridade da pele
Conhecimento sobre uso de suplementos alimentares
Conhecimento sobre recursos disponíveis de apoio ao AC
Conhecimento sobre as causas de doença
Conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença
Conhecimento sobre as complicações associadas à doença
Conhecimento sobre o curso usual da doença
Conhecimento sobre as medidas para minimizar a progressão da doença/complicações
Conhecimento sobre estratégias de coping
Capacidades para desempenhar o papel

Disponibilidade para desempenhar o papel
Capacidade de aprendizagem
Capacidade para identificar as necessidades do FD
Capacidade para identificar os riscos associados à condição de saúde do FD
Capacidade de decisão sobre os cuidados a serem implementados e sobre os recursos de apoio ao AC
Capacidade de decisão sobre as acções a serem implementadas
Capacidade para estabelecer prioridades
Capacidade para estabelecer horários para as acções
Capacidade de decisão sobre quem, a forma, o local e com que recursos as acções de AC são realizadas
Capacidade de organização dos cuidados de modo a permitir a participação da PD
Capacidade de organização dos cuidados tendo em conta as próprias necessidades/capacidades
Capacidade de monitorização da condição de saúde do FD
Capacidade para vigiar a capacidade para o AC do FD
Capacidade para vigiar o potencial de compromisso associado aos processos corporais
Capacidade para vigiar a resposta do FD aos cuidados
Capacidade para vigiar os comportamentos de adesão ao plano de cuidados
Capacidade para promover a participação do FD nos cuidados
Capacidade para planejar, executar e avaliar os cuidados
Capacidade para envolver/incentivar o FD na tomada de decisão sobre os cuidados
Capacidade para colaborar com a FD no desempenho de actividades de AC
Capacidade para encorajar o desempenho de actividades de AC pela FD
Capacidade para elogiar a participação da FD
Capacidade para implementar os cuidados para assistir o FD no AC e para prevenir riscos
Capacidade para Executa os procedimentos/técnicas com o rigor adequado tendo em conta a segurança de ambos, aplicando/otimizando os dispositivos necessários
Capacidade para Adere ao plano de cuidados concebido colaborativamente com o enfermeiro e FD
Capacidade para Assiste a FD no desempenho de actividades de AC
Capacidade para Assiste a FD no uso de dispositivos para o AC
Capacidade para Supervisiona a FD no desempenho de actividades de AC
Capacidade para Executa, com segurança, os procedimentos/técnicas por domínio de AC
Capacidade para Aplica/optimiza dispositivos para o AC
Capacidade para assegurar os recursos necessários para providenciar os cuidados
Capacidade para identificar os recursos necessários ao AC da FD
Capacidade para consultar o PS sobre os recursos necessários/disponíveis ao/para o AC da FD
Capacidade de tomada de decisão sobre recursos necessários às actividades de AC da FD
Capacidade para negociar os cuidados/recursos necessários ao conforto e segurança de
Capacidade para providenciar os recursos necessários ao AC da FD
Capacidade para providenciar a ajuda de familiares / amigos/vizinhos para lidar com a incapacidade no AC da FD
Capacidade para avaliar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde/serviços de apoio
Capacidade para negociar os cuidados com os profissionais de saúde/outros
Capacidade para identificar as necessidades em roupa / calçado
Capacidade para identificar a necessidade de dar de comer/beber
Capacidade para identificar a necessidade de urinar/evacuar
Capacidade para identificar a necessidade de mudar de posição;
Capacidade para identificar dificuldades para FD se transferir
Capacidade para identificar dificuldades na deambulação;
Capacidade para identificar dificuldades em tomar medicação
Autoestima
Autoconceito
Autoeficácia
Consciencialização sobre o papel
Apoio da família
Apoio dos serviços de saúde
Coping
Sobrecarga por stress
Percepção das mudanças associadas ao desempenho do papel
Percepção das responsabilidades associadas ao desempenho do papel
Percepção dos efeitos no desempenho dos restantes papéis
Percepção dos efeitos na saúde física e emocional
Percepção das necessidades de reorganização pessoal e familiar
Apoio ao desempenho do papel
Percepção sobre o apoio da família
Percepção sobre o apoio dos serviços de saúde
Significado atribuído ao desempenho de papel

Significado atribuído à condição de saúde do FD
Significado atribuído à participação do FD nos cuidados
Significado atribuído ao plano de cuidados
Significado atribuído aos recursos de apoio ao desempenho do papel
Expectativas de evolução no desempenho do papel
Expectativas de evolução do estado de saúde do FD

O Familiar Dependente
Autocuidado arranjar-se
Autocuidado tomar banho
Autocuidado vestir-se e despir-se
Autocuidado arranjar-se
Autocuidado alimentar-se
Autocuidado usar o sanitário
Autocuidado elevar-se/virar-se
Autocuidado transferir-se
Autocuidado usar cadeira de rodas
Autocuidado andar
Autocuidado tomar a medicação
Capacidade para o AC
Capacidade para lavar partes do corpo
Capacidade para secar partes do corpo
Capacidade para tomar banho no duche
Capacidade para vestir e/ou despir algumas roupas
Capacidade para se calçar e/ou descalçar
Capacidade para se pentear
Capacidade para fazer a higiene oral
Capacidade para limpar os ouvidos
Capacidade para levar o alimento à boca
Capacidade para cortar os alimentos
Capacidade para beber por copo ou chávena
Capacidade para usar o urinol/arrastadeira
Capacidade para usar a cadeira sanitária
Capacidade para se sentar na cama
Capacidade para se posicionar na cama/cadeirão
Capacidade para fazer levantar
Capacidade para andar
Capacidade para preparar a medicação
Capacidade para levar os medicamentos à boca
Obstipação
Diarreia
Eliminação intestinal
Controlo intestinal
Ruídos intestinais
Eliminação vesical
Controlo vesical
Limpeza das vias aéreas comprometida
Acumulação de secreções traqueobrônquicas
Características da respiração
Ruídos respiratórios
Capacidade para tossir
Capacidade para expectorar
Capacidade para participar nos cuidados
Conhecimento sobre o estado de saúde
Úlcera de pressão
Eritema pelas fraldas
Status nutricional
Hábitos alimentares
Apetite
Deglutição
Mastigação
Náuseas/Vómitos
Rigidez articular
Desidratação
Queda
Força muscular
Amplitude articular
Dor
Consciencialização sobre o estado de saúde
Significado atribuído ao plano de cuidados
Significado atribuído à participação nos cuidados
Significado atribuído ao prestador de cuidados
Significado atribuído à Família e SS

Percepção das mudanças associadas à dependência no AC
Percepção das actividades de AC em que necessita de apoio
Percepção sobre o tipo de apoio que necessita
Percepção sobre o relacionamento familiar e social
Percepção sobre os efeitos da dependência.
Capacidade percebida para o AC
Expectativas face à evolução do estado de saúde
Expectativas face à capacidade para o AC
Expectativas face ao prestador de cuidados
Expectativas face à família e SS
Potencial de aprendizagem cognitiva
Potencial de aprendizagem de capacidades
Disponibilidade para participar
Orientação
Memória
Atenção e cálculo
Linguagem
Comunicação verbal
Capacidade auditiva
Capacidade visual
Capacidade olfactiva
Capacidade cutânea
Amplitude articular
Espasticidade
Equilíbrio
Infeção urinária
Febre
Hipertensão arterial

Anexo XIV

Enunciados de IE

Avaliar com o PC potencial para o desempenho de papel no AC...

Analisar capacidade do PC para assistir no AC: ... (cognitiva, emocional, física)

Analisar motivação do PC para assistir no AC: ...

Analisar potencial de adesão do PC ao plano de cuidados para o AC: ...

Identificar expectativas face ao Papel de PC no AC...

Identificar expectativas face ao Papel da PD no AC...

Identificar crenças face ao Papel de PC no AC...

Identificar crenças face ao Papel da PD no AC...

Avaliar com o PC e PD potencial de autonomia da PD no AC...

Analisar capacidade da PD para o AC:

Analisar motivação da PD para participar no AC: ...

Analisar potencial de adesão do PD ao plano de cuidados para o AC: ...

Identificar expectativas face ao Papel de PC no AC...

Identificar expectativas face ao Papel da PD no AC...

Identificar crenças face ao Papel de PC no AC...

Identificar crenças face ao Papel da PD no AC...

Planear com o PC e PD actividades de AC...

Estabelecer prioridades no AC...

Calendarizar actividades de AC...

Planear participação da PD nas actividades de AC

Planear higiene

Planear regime de ingestão de líquidos

Planear regime dietético

Planear regime de exercício

Planear regime medicamentoso

Planear eliminação urinária

Planear eliminação intestinal

Informar sobre o desempenho de papel de PC nas actividades de AC...

Educar sobre o papel de PC no AC: tomar banho

Instruir a assistir no AC: tomar banho (cama, chuveiro)

Treinar a assistir no AC: tomar banho

Educar sobre dispositivos para o AC “Tomar banho”

Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC “Tomar banho”

Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC “Tomar banho”

Educar sobre técnica de banho (lavar a cabeça, cavidade oral, unhas, barbear, pentear)

Instruir sobre técnica de banho

Treinar técnica de banho

Instruir PC sobre como massajar a pele

Instruir sobre massagem da pele

Treinar massajar a pele com o PC

Educar sobre o papel de prestador de cuidados no AC: vestir-se e despir-se

Instruir a assistir no AC: vestir-se e despir-se

Treinar a assistir no AC: vestir-se e despir-se

Educar sobre dispositivo adaptativo para o AC “Vestir-se e despir-se”

Instruir sobre dispositivo adaptativo para o AC “Vestir-se e despir-se”

Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC “Vestir-se e despir-se”

Educar sobre o papel de prestador de cuidados no AC: alimentar-se

Instruir a assistir no AC: alimentar-se

Treinar a assistir no AC: alimentar-se

Educar sobre dispositivo adaptativo para o auto cuidado “Alimentar-se”

Instruir sobre dispositivo adaptativo para o auto cuidado “Alimentar-se”

Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC “Alimentar-se”

Educar sobre hábitos alimentares

Educar sobre regime dietético

Instruir sobre regime dietético

Educar sobre preparação/selecção dos alimentos

Instruir a preparar/seleccionar os alimentos

Instruir sobre técnica de alimentação

Instruir a otimizar a sonda nasogástrica Treinar a otimizar a SNG

Demonstrar como otimizar SNG

Educar a posicionar PD durante e após a refeição
 Treinar a posicionar PD durante e após a refeição
 Demonstrar posicionamento da PD durante e após a refeição
 Educar sobre o papel de prestador de cuidados no AC: usar o sanitário
 Instruir a assistir no AC: usar o sanitário
 Treinar a assistir no AC: usar o sanitário
 Educar sobre dispositivo adaptativo para o auto cuidado "Usar o sanitário"
 Instruir sobre dispositivo adaptativo para o auto cuidado "Usar o sanitário"
 Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC "Usar o sanitário"
 Educar sobre hábitos de eliminação urinária
 Educar sobre hábitos de eliminação intestinal
 Educar a otimizar padrão de eliminação urinária
 Instruir PC a monitorizar padrão de eliminação urinária
 Educar a otimizar padrão de eliminação intestinal
 Instruir PC a monitorizar padrão de eliminação intestinal
 Educar sobre prevenção de retenção urinária
 Educar sobre técnica de treino intestinal
 Instruir sobre técnica de treino intestinal
 Educar sobre prevenção da obstipação
 Instruir sobre prevenção da obstipação
 Educar sobre prevenção da impactação
 Instruir sobre prevenção de impactação
 Instruir PC a remover fezes do intestino
 Treinar PC a remover fezes do intestino
 Educar sobre prevenção da diarreia
 Instruir sobre prevenção da diarreia
 Educar sobre risco do uso de fralda
 Instruir o PC a prevenir eritema pelas fraldas
 Educar PC a otimizar fralda
 Educar PC a proteger a pele de substâncias corporais
 Educar sobre o papel de prestador de cuidados no AC: elevar-se/virar-se
 Instruir a assistir no AC: elevar-se/virar-se
 Treinar a assistir no AC: elevar-se/virar-se
 Treinar o uso de estratégias adaptativas para o AC: virar-se
 Instruir sobre a técnica de posicionamento
 Instruir sobre assistir no virar-se
 Treinar o PC a assistir no virar-se
 Educar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Elevar-se"
 Instruir sobre dispositivo adaptativo para o AC "Elevar-se"
 Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC "Elevar-se"
 Educar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Virar-se"
 Instruir sobre dispositivo adaptativo para o AC "Virar-se"
 Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC "Virar-se"
 Educar o PC sobre técnica de posicionamento
 Treinar a virar a pessoa
 Demonstrar como virar PD
 Demonstrar técnica de posicionamento
 Educar sobre o papel de prestador de cuidados no AC: transferir-se/andar
 Instruir a assistir no AC: transferir-se/andar
 Treinar a assistir no AC: transferir-se/andar
 Educar sobre hábitos de exercício
 Treinar o PC a assistir no AC: andar
 Educar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Transferir-se"
 Instruir sobre dispositivo adaptativo para o AC "Transferir-se"
 Treinar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Transferir-se"
 Educar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Andar"
 Instruir sobre dispositivo adaptativo para o AC "Andar"
 Treinar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Andar"
 Educar sobre estratégias adaptativas para o AC transferir-se
 Instruir o PC a assistir na transferência
 Treinar o PC a assistir na transferência
 Educar sobre estratégias adaptativas para deambular

Instruir PC sobre técnica de treino de marcha
 Treinar com o PC técnica de marcha
 Instruir o PC a assistir no AC: andar
 Educar sobre o desempenho de papel de prestador de cuidados no AC: tomar a medicação
 Instruir a assistir no AC: tomar a medicação
 Treinar a assistir no AC: tomar a medicação
 Educar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Tomar a medicação"
 Instruir sobre dispositivo adaptativo para o AC "Tomar a medicação"
 Treinar sobre dispositivo adaptativo para o AC "Tomar a medicação"
 Educar sobre regime medicamentoso
 Educar sobre gestão do regime medicamentoso
 Instruir sobre gestão do regime medicamentoso
 Instruir sobre vigilância de sinais e sintomas (dizer qual/quais)
 Treinar vigilância de sinais e sintomas (dizer qual/quais)
 Educar sobre respostas / reacções aos medicamentos
 Educar sobre administração de medicamentos
 Instruir sobre administração de medicamentos
 Treinar com o PC a administração de medicamentos
 Educar sobre complicações da não adesão ao regime medicamentoso
 Instruir sobre prevenção de complicações dos medicamentos
 Aconselhar sobre serviços de saúde
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Tomar banho" (Assento suspenso para banheira; Barras de apoio para banho; Cadeira de banho fixa/ giratória; Cadeira higiénica; Elevador de banheira; Lava cabeças para acamados; Antiderrapante)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Vestir-se e despir-se" (Abotoador; Calça meias/tira meias; Calçadeira de cabo longo; Extensões para fechos de correr)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Alimentar-se" (Adaptador de talheres; Babete; Copo adaptado; Garfo flexível; Mesa de comer na cama; Rebordo para prato; Suporte de copos; Suporte de palhinha para copo)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Usar o sanitário" (Alteador de sanita; Arrastadeira; Barra de apoio de sanitário; Cadeira sanitária; Cueca impermeável; Colector urinário; Fralda; Penso absorvente para incontinência; Resguardo; Saco de colostomia/ileostomia/urina; Urinol)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Elevar-se" (Almofada elevatória; Apoio de pés; Barras paralelas e apoios da posição de pé)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Virar-se" (Grades de apoio / segurança; Transfer de cama - dispositivo para posicionar; Imobilizador abdominal; Posicionador de perna e pés; Suporte para as costas)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Transferir-se" (Barra de apoio; Cama articulada; Elevador de transferência; Transfer leito-cadeira)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Andar" (cadeira de rodas; Rampa; Andarilho; Bengala; canadianas)
 Aconselhar sobre dispositivos para o AC "Tomar a medicação" (Caixa de comprimidos; Caneta de insulina; Corta comprimidos; Máquina de pesquisa de glicemia capilar; Triturador de comprimidos; Aparelho para tensão arterial; Aspirador de secreções; Nebulizador; oxigenoterapia; Termómetro)

Autonomia da PD no Auto-cuidado

Avaliar potencial de autonomia no AC...

Analisar capacidade de desempenho no AC:

Analisar motivação da PD para participar no AC: ...

Analisar potencial de adesão ao plano de cuidados para o AC: ...

Identificar expectativas de desempenho no AC...

Identificar crenças face ao desempenho no AC

Identificar atitude face à participação no AC

Planear participação nas actividades de AC

Instruir a participar nas actividades de AC

Treinar a participar nas actividades de AC

Educar sobre dispositivos para o AC

Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC

Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC

Educar sobre técnica de banho

Instruir sobre técnica de banho

Treinar técnica de banho

Educar sobre hábitos alimentares

Educar sobre regime dietético

Instruir sobre regime dietético

Instruir sobre técnica de alimentação

Educar a posicionar-se durante e após a refeição

Treinar a posicionar-se durante e após a refeição

Educar sobre hábitos de eliminação urinária

Educar sobre hábitos de eliminação intestinal

Educar a otimizar padrão de eliminação urinária

Educar a otimizar padrão de eliminação intestinal

Educar sobre prevenção de retenção urinária

Educar sobre técnica de treino intestinal

Instruir sobre técnica de treino intestinal

Educar sobre prevenção da obstipação

Instruir sobre prevenção da obstipação

Educar sobre prevenção da impactação

Instruir sobre prevenção de impactação

Educar sobre prevenção da diarreia

Instruir sobre prevenção da diarreia

Educar sobre risco do uso de fralda

Instruir a prevenir eritema pelas fraldas

Educar a otimizar fralda

Educar a proteger a pele de substâncias corporais

Instruir sobre a técnica de posicionamento

Treinar técnica de posicionamento

Educar sobre hábitos de exercício

Instruir sobre técnica de transferência

Treinar técnica de transferência

Instruir sobre técnica de treino de marcha

Treinar técnica de marcha

Educar sobre regime medicamentoso

Educar sobre gestão do regime medicamentoso

Instruir sobre gestão do regime medicamentoso

Instruir PD sobre sinais e sintomas (dizer qual/quais)

Educar sobre respostas / reacções aos medicamentos

Educar sobre administração de medicamentos

Instruir sobre administração de medicamentos

Treinar administração de medicamentos

Educar sobre complicações da não adesão ao regime medicamentoso

Instruir sobre prevenção de complicações dos medicamentos

Incentivar PD à ingestão de líquidos

Incentivar PD a posicionar-se para a refeição

Incentivar PD o AC: vestir-se e despir-se

Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário

Incentivar PD a elevar-se/virar-se
Incentivar PD ao exercício físico
Incentivar PD a executar os exercícios musculoesqueléticos activos
Incentivar a transferir-se
Incentivar a andar
Incentivar a andar com auxiliar de marcha
Incentivar adesão ao regime medicamentoso
Negociar adesão ao regime medicamentoso
Encorajar a tomada de decisão relativa a comportamentos de adesão
Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
Encorajar a tomada de decisão relativa a comportamentos de adesão
Encorajar crença de saúde: controlo
Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
Reforçar confiança na aprendizagem de capacidades
Elogiar a aprendizagem de capacidades
Elogiar tomada de decisão positiva
Reforçar crenças de saúde positivas
Reforçar iniciativa para comportamentos de procura de saúde
Elogiar aprendizagem de capacidades no AC
Encorajar a participar na tomada de decisão sobre cuidados
Elogiar participação na tomada de decisão

Risco para estado de saúde da PD comprometido

Avaliar com o PC potencial para o desempenho de papel na gestão do estado de saúde da PD

Analisar capacidade para gerir o estado de saúde da PD (cognitiva, emocional, física)
Analisar motivação para gerir o estado de saúde da PD
Analisar potencial de adesão do PC ao plano de cuidados para gerir o estado de saúde da PD
Identificar expectativas face ao seu Papel para gerir o estado de saúde da PD
Identificar expectativas face ao estado de saúde da PD
Identificar crenças face ao seu papel para gerir o estado de saúde da PD
Identificar crenças face ao Papel da PD para gerir o seu estado de saúde
Identificar crenças face ao estado de saúde da PD

Avaliar com a PD potencial de adesão para gerir o seu estado de saúde

Analisar capacidade para gerir o seu estado de saúde
Analisar motivação para participar na gestão do seu estado de saúde
Analisar potencial de adesão ao plano de cuidados para gerir o seu estado de saúde
Identificar expectativas face ao Papel de PC na gestão do seu estado de saúde
Identificar expectativas face ao seu papel na gestão do seu estado de saúde
Identificar crenças face ao Papel do PC na gestão do seu estado de saúde
Identificar crenças face ao seu papel na gestão do seu estado de saúde
Identificar crenças face ao seu estado de saúde

Ensinar PC a gerir estado de saúde da PD

Educar a identificar risco para úlcera de pressão
Instruir a identificar risco para úlcera de pressão: quando e como (escala de braden)
Treinar a identificar risco para úlcera de pressão
Educar a avaliar estado da pele da nuca, orelha, omoplatas, cotovelos, região sagrada, calcanhares, trocanteres, maléolos)
Instruir a observar estado da pele
Educar a lavar zonas em risco para úlcera de pressão
Educar técnica de massagem
Instruir sobre técnica de massagem
Educar sobre dispositivo de prevenção de úlcera de pressão
Instruir o PC a utilizar o dispositivo para prevenção de úlceras de pressão
Educar sobre sinais de úlcera de pressão
Orientar para dispositivo de alívio da pressão
Instruir a aplicar dispositivo de alívio da pressão
Educar a posicionar (elevar, virar, transferir) PD
Treinar a posicionar a PD
Demonstrar técnica de posicionamento
Demonstrar técnica de transferência
Educar a proteger a pele de substâncias corporais (urina, fezes, suor)
Educar a manter roupa de cama esticada
Instruir a manter roupa de cama esticada
Treinar a manter roupa de cama esticada

Avaliar com o PC potencial para o desempenho de papel na gestão do estado de saúde da PD

Analisar capacidade para gerir o estado de saúde da PD (cognitiva, emocional, física)
Analisar motivação para gerir o estado de saúde da PD
Analisar potencial de adesão do PC ao plano de cuidados para gerir o estado de saúde da PD
Identificar expectativas face ao seu Papel para gerir o estado de saúde da PD
Identificar expectativas face ao estado de saúde da PD
Identificar crenças face ao seu papel para gerir o estado de saúde da PD
Identificar crenças face ao Papel da PD para gerir o seu estado de saúde
Identificar crenças face ao estado de saúde da PD

Avaliar com a PD potencial de adesão para gerir o seu estado de saúde

Analisar capacidade para gerir o seu estado de saúde
Analisar motivação para participar na gestão do seu estado de saúde
Analisar potencial de adesão ao plano de cuidados para gerir o seu estado de saúde
Identificar expectativas face ao Papel de PC na gestão do seu estado de saúde
Identificar expectativas face ao seu papel na gestão do seu estado de saúde
Identificar crenças face ao Papel do PC na gestão do seu estado de saúde
Identificar crenças face ao seu papel na gestão do seu estado de saúde
Identificar crenças face ao seu estado de saúde

Ensinar PC a gerir estado de saúde da PD

Educar a identificar risco para úlcera de pressão
Instruir a identificar risco para úlcera de pressão: quando e como (escala de braden)
Treinar a identificar risco para úlcera de pressão
Educar a avaliar estado da pele da nuca, orelha, omoplatas, cotovelos, região sagrada, calcanhares, trocanteres, maléolos)
Instruir a observar estado da pele
Educar a lavar zonas em risco para úlcera de pressão
Educar técnica de massagem
Instruir sobre técnica de massagem
Educar sobre dispositivo de prevenção de úlcera de pressão
Instruir o PC a utilizar o dispositivo para prevenção de úlceras de pressão
Educar sobre sinais de úlcera de pressão
Orientar para dispositivo de alívio da pressão (Colchão anti-úlcera de pressão; Cotoveleira; Coxim)
Instruir a aplicar dispositivo de alívio da pressão
Educar a posicionar (elevar, virar, transferir) PD
Treinar a posicionar a PD
Demonstrar técnica de posicionamento
Demonstrar técnica de transferência
Educar a proteger a pele de substâncias corporais (urina, fezes, suor)
Educar a manter roupa de cama esticada
Instruir a manter roupa de cama esticada
Treinar a manter roupa de cama esticada
Educar o PC sobre risco para processo do sistema respiratório comprometido:
Risco para aspiração
Risco para limpeza das vias aéreas comprometidas
Risco para tossir comprometido
Educar a avaliar padrão respiratório da PD
Instruir a avaliar padrão respiratório da PD
Treinar a avaliar padrão respiratório da PD
Educar a monitorizar padrão respiratório da PD
Instruir a monitorizar padrão respiratório da PD
Treinar a monitorizar padrão respiratório da PD
Educar a identificar risco para processo do sistema respiratório comprometido
Instruir a identificar risco para processo do sistema respiratório comprometido
Treinar a identificar risco para processo do sistema respiratório comprometido
Educar sobre medidas de prevenção do risco para processo do sistema respiratório comprometido:
Educar a posicionar PD durante e após a refeição
Instruir a posicionar PD durante e após a refeição
Treinar a posicionar PD durante e após a refeição
Instruir para a tomada de decisão sobre o uso de espessantes
Instruir a observar cavidade oral após a refeição
Educar a aspirar secreções
Instruir sobre técnica de aspiração de secreções
Treinar técnica de aspiração de secreções
Educar PD/PC sobre técnica respiratória ou da tosse
Instruir PD/PC técnica respiratória ou da tosse
Treinar com o PC/PD técnica respiratória ou da tosse
Instruir PD/PC a aplicar dispositivo respiratório (nebulizador; humidificador)
Treinar com o PC/PD a aplicar dispositivo respiratório (nebulizador; humidificador)
Educar sobre o risco para a desidratação (condições)
Educar a avaliar sinais e sintomas de risco para desidratação
Educar sobre prevenção da desidratação
Instruir sobre plano de ingestão de líquidos
Educar o PC sobre risco para processo do sistema músculo-esquelético comprometido:
Risco para rigidez articular
Risco para pé equino
Educar PC a identificar risco para rigidez articular/pé equino
Ensinar o PC sobre medidas de prevenção da rigidez articular/pé equino
Educar sobre exercícios musculoesqueléticos activos
Educar sobre exercícios musculoesqueléticos activos

Instruir sobre técnica de exercício muscular ou articular
 Treinar técnica de movimento articular passivo
 Demonstrar técnica de movimento articular passivo (Procedimento????)
 Educar PC a aliviar roupas de cama através de dispositivo
 Instruir PC a aplicar dispositivo de prevenção de pé equino
 Educar a otimizar dispositivo de prevenção de pé equino
 Educar o PC sobre condições de risco para a rigidez articular
 Educar sobre o risco de cair
 Educar PC a identificar risco para cair
 Instruir a avaliar risco para cair (escala de morse)
 Treinar a medir risco para cair
 Educar PC a gerir o ambiente físico
 Educar sobre dispositivo para prevenção de quedas
 Instruir sobre dispositivo para prevenção das quedas (grades; tapetes)
 Treinar a aplicar dispositivo para prevenção de quedas
Assistir PC/PD a gerir estado de saúde da PD
 Estabelecer prioridades com o PC/PD na gestão dos riscos para estado de saúde da PD comprometido
 Calendarizar acções de gestão dos riscos para estado de saúde da PD comprometido (posicionamentos; exercícios; massagens; avaliação da pele, etc.)
 Orientar PC para a tomada de decisão sobre utilização de dispositivos de prevenção dos riscos para estado de saúde da PD comprometido
 Orientar PC para a tomada de decisão sobre utilização dos SS
 Incentivar PC à adesão ao plano de cuidados de prevenção dos riscos para estado de saúde da PD comprometido:
 Incentivar PD a elevar-se/virar-se/sentar-se/transferir-se
 Incentivar PC a proteger a pele de substâncias corporais (urina, fezes, suor)
 Incentivar PC a manter roupa de cama esticada
 Incentivar PC/PD a executar técnica respiratória ou da tosse
 Incentivar PC/PD a aplicar dispositivo respiratório (nebulizador; humidificador)
 Incentivar PD/PC à ingestão de líquidos
 Incentivar PD/PC a executar os exercícios musculoesqueléticos activos
 Incentivar PD a executar movimento articular activo
 Incentivar PD/PC a executar os exercícios musculoesqueléticos activos
 Aconselhar PC a supervisionar as actividades de mobilidade da PD
 Requerer Serviço social para assegurar dispositivos de prevenção dos riscos para estado de saúde da PD comprometido
 Providenciar dispositivos para prevenção dos riscos para estado de saúde da PD comprometido
 Orientar PD/PC para dispositivos de prevenção dos riscos para estado de saúde da PD comprometido
 Monitorizar desempenho do papel do PC na prevenção dos riscos
 Monitorizar adesão do PC ao plano de prevenção dos riscos
 Avaliar aprendizagem de capacidades do PC na prevenção dos riscos

Risco p/a sobrecarga do PC por stress

Encorajar o PC para o desempenho do papel de PC
Encorajar tomada de decisão
Facilitar tomada de decisão
Assistir o PC no estabelecimento de objectivos da prestação de cuidados
Assistir o PC na identificação das vantagens do desempenho do papel de PC
Informar o PC sobre prestação de serviços na comunidade
Informar o PC sobre serviços de saúde
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
Encorajar o PC a utilizar serviços da comunidade
Promover envolvimento da família
Encorajar o envolvimento da família
Facilitar a comunicação expressiva de emoções
Facilitar a expressão de emoções/dificuldades relativas ao papel de PC
Educar o PC sobre o desempenho do papel
Orientar o PC para a prestação de serviços na comunidade
Providenciar serviços da comunidade
Providenciar serviço domiciliário
Providenciar serviço social
Requerer serviço domiciliário
Requerer serviço social
Elogiar o PC no desempenho do papel
Encorajar o PC a exprimir as suas emoções
Encorajar o PC a participar em grupos de suporte
Educar o PC sobre estratégias de coping
Educar sobre auto controlo
Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz
Orientar o PC para grupos de suporte
Optimizar crença religiosa
Facilitar a adaptação do PC a novos estilos de vida
Incentivar relação dinâmica do PC com a comunidade
Incentivar relação dinâmica do PC com a família
Incentivar relação dinâmica do PC com os serviços de saúde
Aconselhar a estimular a independência do membro da família dependente
Facilitar a comunicação expressiva das emoções
Encorajar a comunicação expressiva das emoções
Avaliar as dimensões não consensuais de papel;
Aconselhar a redefinição dos papéis pelos membros da família
Facilitar a redefinição dos papéis pelos membros da família
Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família;
Avaliar os conflitos de papel
Avaliar saturação do papel
Promover estratégias de coping para o desempenho do papel;
Promover o envolvimento da família
Colaborar na identificação dos papéis familiares
Negociar papéis com o PC e PD
Encorajar tomada de decisão sobre desempenho do papel
Reforçar tomada de decisão sobre desempenho do papel
Elogiar tomada de decisão sobre desempenho do papel
Elogiar aprendizagem de capacidades no desempenho de papel

Anexo XV

Impresso para o Plano de Cuidados

PLANO DE CUIDADOS: FC

Aceitação do papel							
Diagnósticos/resultados de enfermagem	Datas			Intervenções de enfermagem	Datas		
Consciencialização sobre o papel dificultadora Consciencialização sobre o papel facilitadora				Encorajar expectativas realistas de desempenho Encorajar significados facilitadores do desempenho do papel Estabelecer limites do desempenho de papel Explicar desempenho de papel Explicar expectativas dos profissionais de saúde face ao desempenho Facilitar a comunicação dos significados dificultadores Confrontar com as mudanças Desmistificar crenças face ao desempenho de papel			
Baixa percepção de auto-eficácia Percepção de auto-eficácia positiva				Demonstrar confiança no prestador de cuidados Elogiar desempenho Encorajar crença positiva de desempenho Orientar FD/família a demonstrar confiança no prestador de cuidados Orientar familiar dependente/família a elogiar desempenho do prestador de cuidados Reforçar crença positiva de auto-eficácia Apoiar na definição de metas realistas de desempenho Providenciar recursos de apoio ao desempenho de papel			

PLANO DE CUIDADOS FD

Auto-cuidado							
Diagnósticos/resultados de enfermagem	Datas			Intervenções de enfermagem	Datas		
<p>Dependência total no auto-cuidado tomar banho</p> <p>Dependência no auto-cuidado tomar banho: necessita de ajuda de pessoa</p> <p>Dependência no auto-cuidado: tomar banho necessita de equipamento</p>				<p>Planejar com FD participação no AC tomar banho</p> <p>Aconselhar sobre dispositivos para o AC tomar banho</p> <p>Providenciar dispositivo</p> <p>Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC tomar banho</p> <p>Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC tomar banho</p> <p>Assegurar cuidados de higiene</p> <p>Providenciar serviço de cuidados de higiene e conforto</p> <p>Elogiar participação</p> <p>Elogiar desempenho</p> <p>Incentivar o AC</p>			
<p>Dependência total no auto-cuidado: vestir-se e despir-se</p> <p>Dependência no auto-cuidado: vestir-se e despir-se necessita de ajuda de pessoa</p> <p>Dependência no auto-cuidado: vestir-se e despir-se necessita de equipamento</p>				<p>Planejar com FD participação no AC vestir-se e despir-se</p> <p>Aconselhar sobre dispositivos para o AC vestir-se e despir-se</p> <p>Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC vestir-se e despir-se</p> <p>Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC vestir-se e despir-se</p> <p>Assegurar cuidados de vestuário</p> <p>Providenciar serviço de cuidados de higiene e conforto</p> <p>Elogiar participação</p> <p>Elogiar desempenho</p> <p>Incentivar o AC</p>			
<p>Dependência total no auto-cuidado: arrumar-se</p> <p>Dependência no auto-cuidado: arrumar-se necessita de ajuda de pessoa</p> <p>Dependência no auto-cuidado: arrumar-se necessita de equipamento</p>				<p>Planejar com FD participação no AC arrumar-se</p> <p>Aconselhar sobre dispositivos para o AC arrumar-se</p> <p>Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC arrumar-se</p> <p>Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC arrumar-se</p> <p>Providenciar serviço de cuidados de higiene e conforto</p> <p>Elogiar participação</p> <p>Elogiar desempenho</p> <p>Incentivar o AC</p>			

Anexo XVI

Matriz operativa do MAMCI

Padrão de avaliação			
Data de admissão: __/__/__		Zona: _____	Enf.º responsável _____
Identificação do Familiar Dependente (FD)			
Nome _____		Nº processo _____	
Morada _____			
Data de nascimento: __/__/__	Estado civil _____	Escolaridade _____	
Médico família/médico assistente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quem _____			
Nº de beneficiário: _____		Sistema _____	Nº de cartão de utente _____
Vive só: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se não, com quem _____			
Telefone nº _____			
Identificação do Prestador de Cuidados			
Nome _____			
Morada _____		Telefone nº: _____	
Data de nascimento: __/__/__	Estado civil _____	Escolaridade _____	
Vive com o familiar dependente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Grau de parentesco _____	
Prestador de cuidados pela 1ª vez: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Caracterização da Família			
Tipo de família:			
Sem núcleos <input type="checkbox"/> Clássica com um núcleo <input type="checkbox"/> Clássica com 2 ou mais núcleos <input type="checkbox"/>			
Nº de membros da família: <input type="text"/> <input type="text"/>			
Caracterização socioeconómica			
Tipo de alojamento familiar:			
Clássico: moradia <input type="checkbox"/> Clássico: apartamento <input type="checkbox"/> Não clássico (barraca, improvisado) <input type="checkbox"/>			
Nº de divisões: <input type="text"/> <input type="text"/> Nº de ocupantes <input type="text"/> <input type="text"/> Instalação de banho/duche: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Barreiras arquitectónicas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Se “sim” quais: _____			
Necessidade de adaptação do domicílio (interior e exterior): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Se “sim” qual(is): _____			
Rendimento familiar mensal:			
Até 500 euros <input type="checkbox"/> De 501 a 1000 euros <input type="checkbox"/> De 1000 a 2000 euros <input type="checkbox"/> Mais de 2000 euros <input type="checkbox"/>			
Apoio social: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se “sim” qual(is): _____			

O Familiar Dependente: caracterização de saúde			
Diagnóstico(s) médico _____			
Antecedentes pessoais:			
AVC <input type="checkbox"/>	Neoplasia <input type="checkbox"/>	Fractura <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo _____
Insuf. Circulatória <input type="checkbox"/>	Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/>	Demência <input type="checkbox"/>	DPOC <input type="checkbox"/> Doença neurológica <input type="checkbox"/>
ITU <input type="checkbox"/>	Infecção respiratória <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	
Outros _____			
Alergias conhecidas: _____			
Aceitação do estado de saúde			
Conscientização sobre o estado de saúde			
Percepção das mudanças decorrentes da dependência/condição de saúde			
	Demonstrada <input type="checkbox"/>	N/ demonstrada <input type="checkbox"/>	
Significado atribuído à situação de saúde:	Facilitador <input type="checkbox"/>	Difícultador <input type="checkbox"/>	
Expectativas face à sua situação de saúde:	Ausentes <input type="checkbox"/>	Irrealistas <input type="checkbox"/>	Realistas <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre o estado de saúde	Demonstrado <input type="checkbox"/>	N/ demonstrado <input type="checkbox"/>	
Potencial de adesão ao Plano de cuidados	Demonstrado <input type="checkbox"/>	N/ demonstrado <input type="checkbox"/>	
Potencial de adesão ao regime dietético	Demonstrado <input type="checkbox"/>	N/ demonstrado <input type="checkbox"/>	
Potencial de adesão ao regime medicamentoso	Demonstrado <input type="checkbox"/>	N/ demonstrado <input type="checkbox"/>	
Potencial de adesão às actividades de AC	Demonstrado <input type="checkbox"/>	N/ demonstrado <input type="checkbox"/>	
Potencial de adesão a medidas de prevenção de riscos	Demonstrado <input type="checkbox"/>	N/ demonstrado <input type="checkbox"/>	
Auto-cuidado			
Dependência Global no Auto-cuidado: _____ (score)			
Dependência no AC Tomar banho : _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		
Se "Score 3":			
Utiliza algum equipamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual _____			
Tipo de equipamento de que necessita _____			
Dependência no AC Vestir-se e despir-se: _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		
Se "Score 3":			
Utiliza algum equipamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual _____			
Tipo de equipamento de que necessita _____			
Dependência no AC Arranjar-se: _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		
Se "Score 3":			
Utiliza algum equipamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual _____			
Tipo de equipamento de que necessita _____			
Dependência no AC Alimentar-se _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		
Se "Score 3":			
Utiliza algum equipamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual _____			
Tipo de equipamento de que necessita _____			
Dependência no AC Usar o sanitário: _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		
Se "Score 3":			
Utiliza algum equipamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual _____			
Tipo de equipamento de que necessita _____			
Dependência no AC Elevar-se/virar-se: _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		
Se "Score 3":			
Utiliza algum equipamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual _____			
Tipo de equipamento de que necessita _____			
Dependência no AC Transferir-se: _____ (score)	Nível esperado: _____ (score)		

Se "Score 3":

Utiliza algum equipamento: Sim ☐ Não ☐ Qual _____

Tipo de equipamento de que necessita _____

Dependência no AC Usar cadeira de rodas: ____ (score) **Nível esperado:** ____ (score)

Se "Score 3":

Utiliza algum equipamento: Sim ☐ Não ☐ Qual _____

Tipo de equipamento de que necessita _____

Dependência no AC Andar: ____ (score) **Nível esperado:** ____ (score)

Se "Score 3":

Utiliza algum equipamento: Sim ☐ Não ☐ Qual _____

Tipo de equipamento de que necessita _____

Dependência no AC Tomar a medicação: ____ (score) **Nível esperado:** ____ (score)

Se "Score 3":

Utiliza algum equipamento: Sim ☐ Não ☐ Qual _____

Tipo de equipamento de que necessita _____

Processos dos sistemas corporais

Sistema respiratório

Características da respiração:

Frequência -----/m Ritmo: Regular ☐ Irregular ☐

Amplitude: Normal ☐ Superficial ☐ Profunda ☐

Capacidade para tossir: Mantida ☐ Diminuída ☐ Ausente ☐

Capacidade para expetorar: Mantida ☐ Diminuída ☐ Ausente ☐

Acumulação de secreções traqueobronquicas: Sim ☐ Não ☐

Quantidade: Pouca ☐ Moderada ☐ Muita ☐

Ruídos respiratórios: Presentes ☐ Ausentes ☐

Sistema urinário

Características da urina:

Cor ----- Quantidade ----- Frequência -----/dia

Controlo vesical:

Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho. ☐

Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil. ☐

Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália, sozinho e permanecer seco dia e noite. ☐

Dispositivo externo de recolha de urina: Sim ☐ Não ☐ - isto não estaria no AC?????

Uso de fralda: Sim ☐ Não ☐

Algália nº/tipo _____ Data de algaliação _____

Sistema gastrointestinal

Padrão Alimentar

Prescrição de dieta: Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____

Nº de refeições/dia _____

Ingestão aproximada de água (líquidos)/dia _____

Alimentos mais utilizados _____

Tipo de confeção alimentar mais utilizada _____

Apetite: Aumentado ☐ Diminuído ☐

Deglutição comprometida: Sim ☐ Não ☐

Se sim: Para líquidos ☐ Para sólidos ☐ Para líquidos e sólidos ☐

Mastigação comprometida: Sim ☐ Não ☐

Se sim por: Dentição incompleta ☐ Inadaptação à prótese ☐ Parésia facial ☐

Náuseas: Sim ☐ Não ☐

Vômitos: Sim ☐ Não ☐

Hidratação da pele e mucosas: Adequada ☐ Inadequada ☐

Massa muscular: Adequada ☐ Diminuída ☐

Peso corporal: _____ Kg IMC: _____ Perda de peso recente: Sim ☐ Não ☐

Sonda gastrointestinal nº _____ Data de colocação: ____/____/____

PEG nº _____ Data de colocação: ____/____/____

Padrão de eliminação

Características das fezes

Cor _____ Quantidade _____ Consistência _____ Frequência ____/semana

Uso de laxante(s): Sim ☐ Não ☐ Esforço à defecação: Sim ☐ Não ☐

Controlo intestinal:

Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente. ☐

Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana). ☐

Consegue controlar os intestinos. ☐

Ruídos intestinais: Ausentes ☐ Diminuídos ☐ Aumentados ☐

Ileostomia/Colostomia: Sim ☐ Não ☐

Sistema tegumentar:

Risco de úlcera de pressão: _____ (score)

Eritema pelas fraldas: Sim ☐ Não ☐

Úlcera de pressão: Sim ☐ Não ☐

Sistema músculo-esquelético

Força:

Membro superior esq^{do}/d^{to} ____/____

Membro inferior esq^{do}/d^{to} ____/____

Amplitude articular:

Cotovelo: Compromisso parcial ☐ Compromisso total ☐

Punho: Compromisso parcial ☐ Compromisso total ☐

Anca: Compromisso parcial ☐ Compromisso total ☐

Joelho: Compromisso parcial ☐ Compromisso total ☐

Tornozelo: Compromisso parcial ☐ Compromisso total ☐

Equilíbrio:

Sentado: Nível esperado ☐ Comprometido ☐

Em pé: Nível esperado ☐ Comprometido ☐

Cognição

Sabe em que mês está: Sim ☐ Não ☐ Sabe em que terra vive: Sim ☐ Não ☐

Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola): Sim ☐ Não ☐ Faz cálculos simples: Sim ☐ Não ☐

Identifica objectos comuns (relógio): Sim ☐ Não ☐

Comunica com clareza e adequação à idade e condição: Sim ☐ Não ☐

Função sensorial

Capacidade auditiva: Mantida ☐ Comprometida ☐

Capacidade visual: Mantida ☐ Comprometida ☐

Capacidade olfativa: Mantida ☐ Comprometida ☐

Capacidade cutânea: Mantida ☐ Comprometida ☐

Dor

Intensidade _____ (escala) Localização _____

Tipo _____

Desencadeada por _____

Segurança: Quedas – Nível de risco _____ (score)

O Membro da Família Prestador de Cuidados

Antecedentes pessoais:

Neoplasia ☐ _____ Fractura ☐ _____ Diabetes ☐ Tipo _____
Insuf. Circulatória ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Doença neurológica ☐
Outros _____

Aceitação do papel

Consciencialização do papel

Percepção das mudanças decorrentes da assunção do papel Demonstrada ☐ N/ demonstrada ☐
Significado atribuído ao desempenho do papel: Facilitador ☐ Dificultador ☐
Expectativas face ao desempenho de papel Ausentes ☐ Irrealistas ☐ Realistas ☐

Percepção de auto-eficácia: _____ (score)

Percepção sobre o apoio da família:

Comunica falta de consenso sobre os papéis da família nos cuidados ao FD Sim ☐ Não ☐
Comunica falta de iniciativa da família no apoio aos cuidados Sim ☐ Não ☐
Comunica rendimento familiar inadequado Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐

Percepção sobre o apoio dos serviços de saúde:

Comunica percepção de falta de apoio dos serviços de saúde Sim ☐ Não ☐
Comunica falta de consenso entre o apoio que necessita e o apoio recebido: Sim ☐ Não ☐

Adesão ao plano de cuidados

Demonstrado ☐ N/ demonstrado ☐

Coping

Conhecimento sobre estratégias de coping Demonstrado ☐ N/ demonstrado ☐
Utilização de estratégias de coping Demonstrada ☐ N/ demonstrada ☐

Conhecimento para/no desempenho de papel

Conhecimento sobre o processo de doença	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre a condição de dependência do FD	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre os cuidados ao FD	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre recursos de apoio para assistir no AC ao FD	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre regime medicamentoso	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre regime dietético	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre regime de exercício	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>

Legenda: D – demonstrado; ND – não demonstrado

Capacidades para/no desempenho de papel	Domínio de AC ¹⁶⁷	
Identifica as necessidades do FD	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Decide sobre os cuidados a serem implementados e sobre os recursos de apoio ao AC	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Monitoriza a condição de saúde do FD	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Ajusta os cuidados em função do potencial de desempenho de ambos e da evolução da condição de saúde do FD	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Promove a participação do FD nos cuidados	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Implementa (cumpre) os cuidados para assistir o FD no AC e para prevenir riscos	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Executa os procedimentos/técnicas com o rigor adequado tendo em conta a segurança de ambos, aplicando/otimizando os dispositivos necessários	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Assegura os recursos necessários para providenciar os cuidados	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>
Garante que as necessidades da pessoa cuidada sejam adequadamente satisfeitas pelos serviços de saúde	D <input type="checkbox"/>	ND <input type="checkbox"/>

Legenda: D – demonstrado; ND – não demonstrado; AC – Auto-cuidado

Cognição

Capacidade cognitiva

Comunica com clareza e de forma lógica Sim ☐ Não ☐
 Atenção e concentração: Mantida ☐ Comprometida ☐
 Memória: Mantida ☐ Comprometida ☐
 Processamento da informação : Mantido ☐ Comprometido ☐

Função sensorial

Capacidade auditiva: Mantida ☐ Comprometida ☐
 Capacidade visual: Mantida ☐ Comprometida ☐

¹⁶⁷ Especificar o AC onde a capacidade é não demonstrada

Da decisão sobre os Diagnósticos de Enfermagem à prescrição das intervenções

MFPC: Área de atenção - Aceitação do papel

Foco	Consciencialização	
Juízo	Dificultadora	Facilitadora
Critérios diagnósticos	Se: Percepção das mudanças decorrentes da assunção do papel não demonstrada Significado dificultador atribuído ao papel Expectativas ausentes/irrealistas face ao papel	Se: Positividade dos indicadores anteriormente negativados
Consciencialização dificultadora: Intervenções Sugeridas		
Encorajar expectativas realistas de desempenho Encorajar significados facilitadores do desempenho do papel Estabelecer limites do desempenho de papel Explicar desempenho de papel	Explicar expectativas dos profissionais de saúde face ao desempenho Facilitar a comunicação dos significados dificultadores Confrontar com as mudanças Desmistificar crenças face ao desempenho de papel	
Foco	Percepção de Auto-eficácia	
Juízo	Baixa	Positiva
Critérios diagnósticos	Se: Score da escala de avaliação da AE for 1 ou 2	Se: Score da escala de avaliação da AE for 3 ou 4
Baixa percepção de auto-eficácia: Intervenções Sugeridas		
Demonstrar confiança no prestador de cuidados Elogiar desempenho Encorajar crença positiva de desempenho Orientar FD/família a demonstrar confiança no prestador de cuidados	Orientar familiar dependente/família a elogiar desempenho do prestador de cuidados Reforçar crença positiva de auto-eficácia Apoiar na definição de metas realistas de desempenho Providenciar recursos de apoio ao desempenho de papel	

Foco	Percepção sobre o apoio da família	
Juízo	Falta de	Facilitadora
Critérios diagnósticos	Se: Comunica falta de consenso sobre os papéis da família nos cuidados ao FD e/ou Comunica falta de iniciativa da família em apoiar o PC e/ou Comunica rendimento familiar inadequado	Se: Comunica consenso sobre os papéis dos membros da família no plano de cuidados ao FD e/ou Comunica iniciativa da família em apoiar o PC e/ou Comunica rendimento familiar adequado
Percepção de falta de apoio da família: Intervenções Sugeridas		
Analisar expectativas da família face à sua participação no plano de cuidados Analisar expectativas da família face ao papel do prestador de cuidados Colaborar na definição dos papéis familiares Reforçar papéis dos membros da família Elogiar participação da família	Promover o envolvimento da família (tomada de decisão; nos cuidados) Facilitar relação prestador de cuidados/familiar dependente/família Monitorizar apoio da família Negociar papéis com o PC, FD e família Apoiar no planeamento dos cuidados familiares	

Foco	Percepção sobre o apoio dos serviços de saúde	
Juízo	Falta de/	Facilitadora
Critérios diagnósticos	Se: Comunica percepção de falta de apoio dos serviços de saúde e/ou Comunica falta de consenso entre o apoio que necessita e o apoio recebido	Se: Comunica percepção de apoio efectivo dos serviços de saúde
Percepção de falta de apoio dos serviços de saúde: Intervenções Sugeridas		
Analisar expectativas face ao apoio dos profissionais de saúde Advogar pelo cliente apoio social (financeiro) Monitorizar necessidades de apoio dos serviços de saúde	Explicar papel de apoio dos serviços de saúde Orientar para apoio social Providenciar recursos	

Foco	Coping		
Juízo	Disponibilidade	Efectivo	Comprometido
Critérios diagnósticos	Se: Auto-eficácia positiva Conhecimento sobre estratégias de coping demonstrado	Se: Utilização de estratégias de coping efectivo, demonstrada	Se: Auto-eficácia negativa Conhecimento sobre estratégias de coping não demonstrado Utilização de estratégias de coping não demonstrada
Disponibilidade para coping efectivo/Coping comprometido: Intervenções Sugeridas			
Analisar com o PC eventos causadores de stress Analisar com o PC estratégias de gestão efectiva do stress Instruir sobre estratégias de coping Facilitar a relação com pessoas com adaptação efectiva ao desempenho de papel Orientar para actividades de lazer		Providenciar actividades de lazer Providenciar o apoio da família Encorajar a comunicação de emoções Referir para enfermeiro (saúde mental)	

Foco	Sobrecarga por stress	
Juízo	Risco/Actual	
Critérios diagnósticos	Risco se: Coping comprometido	Actual se: Score da Caregiver Burden Interview (Zarit et al, 1980, validada para a população portuguesa por Sequeira, 2010) com valores ≥ 46 (Anexo 9)
Risco de sobrecarga por stress/sobrecarga por stress: Intervenções sugeridas		
Monitorizar sobrecarga por stress (escala) Aconselhar relacionamento com PC com adaptação efectiva ao papel Analisar com PC/FD/família internamento temporário/definitivo do familiar dependente Analisar com PC/FD/família substituição temporária/definitiva do prestador de cuidados Advogar pelo cliente serviços de apoio		Incentivar a adesão a comportamentos de saúde Avaliar necessidades de apoio Incentivar envolvimento da família Incentivar relação com a comunidade Referir para enfermeiro (saúde mental)

MFPC: Área de atenção - Conhecimentos para/no desempenho do papel

Foco	Conhecimento sobre o processo de doença do FD		
Juízo	Potencial	Déficé	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre o processo de doença do FD não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre o processo de doença do FD
Potencial de desenvolvimento do conhecimento o processo de doença do FD/ Déficé de conhecimento o processo de doença do FD: Intervenções sugeridas			
Explicar as causas de doença Educar sobre os sinais e sintomas da doença Educar sobre complicações associadas à doença Informar sobre percurso esperado da doença		Educar sobre medidas de prevenção de complicações Explicar o regime de tratamento Providenciar material de aprendizagem	

Foco	Conhecimento sobre a condição de dependência do FD		
Juízo	Potencial	Déficé	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre a condição de dependência do FD não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre a condição de dependência do FD
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre a a condição de dependência do FD/Déficé de conhecimento sobre a condição de dependência do FD: Intervenções sugeridas			
Informar sobre percurso esperado da dependência Educar sobre as complicações associadas à dependência		Educar sobre as medidas para manter/promover a independência no AC Providenciar material de aprendizagem	

Foco	Conhecimento sobre os cuidados ao FD		
Juízo	Potencial	Défi ce	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre os cuidados ao FD não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre os cuidados ao FD
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os cuidados ao FD/ Défi ce de conhecimento sobre os cuidados ao FD: Intervenções sugeridas			
Informar sobre os cuidados de substituição/apoio do FD Informar sobre os cuidados por domínio específico de AC de acordo com as necessidades do FD Informar sobre medidas de promoção da participação do FD nos cuidados Educar sobre os cuidados de promoção da condição de saúde do FD		Explicar o propósito da técnica/procedimento Descrever a técnica procedimento Providenciar material de aprendizagem	

Foco	Conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC		
Juízo	Potencial	Défi ce	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre os recursos de apoio ao AC
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC/ Défi ce de conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC: Intervenções sugeridas			
Informar sobre recursos disponíveis na comunidade Explicar o propósito do recurso Explicar o funcionamento e modo de acesso ao recurso		Explicar acesso e funcionamento da UCD Providenciar material de aprendizagem	

Foco	Conhecimento sobre regime dietético		
Juízo	Potencial	Défice	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre o regime dietético não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre o regime dietético
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime dietético/ Défice de conhecimento sobre o regime dietético: Intervenções sugeridas			
Explicar a importância de um padrão alimentar e de ingestão de líquidos adequado à condição de saúde do FD Explicar regime dietético prescrito Educar sobre padrão alimentar e de ingestão de líquidos adequado à condição de saúde do FD Educar sobre técnicas culinárias		Informar sobre técnica/procedimento para alimentar o FD Informar sobre dispositivos Educar sobre estratégias de promoção de comportamentos de adesão ao padrão alimentar e de ingestão de líquidos Providenciar material de aprendizagem	

Foco	Conhecimento sobre o regime medicamentoso		
Juízo	Potencial	Défice	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre o regime medicamentoso
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime medicamentoso/ Défice de conhecimento sobre o regime medicamentoso: Intervenções sugeridas			
Explicar a importância de adesão ao regime medicamentoso Explicar regime medicamentoso Educar sobre a acção, efeito secundário, precauções dos medicamentos Informar sobre potencial de interacção com outros medicamentos Informar sobre técnica/procedimento de administração de medicamentos		Informar sobre dispositivos Educar sobre efeito dos medicamentos Educar sobre armazenamento de medicamentos e tratamento dos não utilizados Educar sobre estratégias de promoção de comportamentos de adesão ao regime medicamentoso Providenciar material de aprendizagem	

Foco	Conhecimento sobre o regime de exercício		
Juízo	Potencial	Défice	Adequado
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Conhecimento sobre regime de exercício não demonstrado	Se: Demonstra conhecimento adequado sobre o regime de exercício
Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime de exercício/ Défice de conhecimento sobre o regime de exercício: Intervenções sugeridas			
Explicar importância de adesão ao regime exercício Explicar regime de exercício Informar sobre padrão de mobilidade/exercício adequado ao FD As estratégias para a mudança de comportamentos Educar sobre estratégias de promoção de comportamentos de adesão ao regime de exercício Informar sobre técnica/procedimento de promoção do padrão de mobilidade/exercício do FD Informar sobre dispositivos Providenciar material de aprendizagem			

MFPC: Área de atenção - Capacidades para/no desempenho do papel

Foco	Capacidade para assistir no AC Tomar banho		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Baixa percepção de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas ¹⁶⁸ demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Tomar banho/ Capacidade para assistir FD no AC Tomar banho comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: tomar banho Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: tomar banho (quem, o quê, quando, como e onde) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD nos cuidados Instruir a assistir FD a cuidar da higiene Instruir sobre técnica de banho Treinar técnica de banho Instruir sobre dispositivo para o AC: tomar banho Treinar uso de dispositivo para AC: tomar banho Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Orientar para serviço de cuidados de higiene e conforto Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

¹⁶⁸ Considera-se capacidades específicas a aplicação dos indicadores de avaliação das capacidades por domínio de AC

Foco	Capacidade para assistir no AC Vestir-se e despir-se		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Vestir-se e despir-se/ Capacidade para assistir FD no AC Vestir-se e despir-se comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: vestir-se e despir-se Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: vestir-se e despir-se (quem, o quê, como, quando e onde) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD nos cuidados Instruir a assistir FD a vestir-se e despir-se Instruir sobre técnica para vestir e despir FD Treinar técnica para vestir e despir FD Instruir sobre dispositivo para o AC: vestir-se e despir-se Treinar uso de dispositivo para AC: vestir-se e despir-se Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Orientar para serviço de cuidados de higiene e conforto Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Alimentar-se		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Alimentar-se/ Capacidade para assistir FD no AC Alimentar-se comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: alimentar-se Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: arranjar-se (quem, o quê, como, quando e onde) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD nos cuidados Instruir a assistir FD a alimentar-se Treinar a assistir FD a alimentar-se Optimizar sonda nasogástrica Instruir a monitorizar sinais de desnutrição/desidratação Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Orientar para serviço de refeições Orientar para solicitar apoio			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Usar o sanitário		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Usar o sanitário / Capacidade para assistir FD no AC Usar o sanitário comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: usar o sanitário Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: arranjar-se (o quê; onde, como e quando) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD nos cuidados Instruir a assistir FD a usar o sanitário Treinar a assistir FD a usar o sanitário Optimizar dispositivo Instruir a monitorizar padrão de eliminação Instruir a avaliar pele do perÍneo Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Elevar-se/virar-se		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Elevar-se/virar-se / Capacidade para assistir FD no AC Elevar-se/virar-se comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: elevar-se/virar-se Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: elevar-se/virar-se (o quê; quem e quando) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD nos cuidados Instruir a assistir FD a elevar-se/virar-se Treinar a assistir FD a elevar-se/virar-se Instruir a usar dispositivo Treinar uso de dispositivo Instruir a monitorizar integridade da pele Treinar a monitorizar integridade da pele Instruir a monitorizar mobilidade articular Treinar a monitorizar mobilidade articular Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Transferir-se		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Transferir-se / Capacidade para assistir FD no AC Transferir-se comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: transferir-se Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: transferir-se (o quê; quem ³ , como, quando e onde) Assistir a ajustar os cuidados em função da resposta do FD e da sua capacidade de desempenho Aconselhar a promover a participação do FD Instruir a assistir FD a transferir-se Treinar a assistir FD a transferir-se Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Usar cadeira de rodas		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Usar cadeira de rodas / Capacidade para assistir FD no AC Usar cadeira de rodas comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: usar cadeira de rodas Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: usar cadeira de rodas usar cadeira de rodas Aconselhar sobre ajuste das condições habitacionais Aconselhar a promover a participação do FD Instruir a assistir FD a usar cadeira de rodas Elogiar aprendizagem de capacidades Referir para assistente social Aconselhar a solicitar apoio da família			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Andar		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Andar / Capacidade para assistir FD no AC Andar comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: andar Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: andar (o quê; quando; como e onde) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD Instruir a assistir FD a andar Treinar a assistir FD a andar Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

Foco	Capacidade para assistir FD no AC Tomar medicação		
Juízo	Potencial	Comprometida	Efectiva
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrado Percepção positiva de auto-eficácia	Se: Aprendizagem de capacidades comprometida e/ou Percepção negativa de auto-eficácia e/ou Indisponibilidade para o desempenho demonstrada e/ou Capacidades de desempenho específicas não demonstradas	Se: Capacidades de desempenho específicas demonstradas
Potencial de desenvolvimento da Capacidade para assistir FD no AC Tomar medicação/ Capacidade para assistir FD no AC tomar medicação comprometida: Intervenções sugeridas			
Assistir a identificar necessidades do FD no AC: tomar a medicação Assistir na tomada de decisão sobre os cuidados no AC: tomar a medicação (o quê; quem e quando) Assistir a ajustar os cuidados Aconselhar a promover a participação do FD Instruir a assistir FD a tomar a medicação Treinar a assistir FD a tomar a medicação Instruir sobre administração de medicação em SOS Aconselhar a supervisionar as tomas de medicação Elogiar aprendizagem de capacidades Providenciar dispositivo Referir para assistente social Orientar para solicitar apoio			

FD: Área de atenção – Aceitação do estado de saúde

Foco	Consciencialização sobre o estado de saúde	
Juízo	Dificultadora	Facilitadora
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Percepção das mudanças decorrentes da dependência/condição de saúde não demonstrada e/ou Significado dificultador atribuído à situação de saúde e/ou Expectativas ausentes/irrealistas face à situação de saúde	Se: Positividade dos indicadores anteriormente negativados
Consciencialização sobre o estado de saúde dificultadora: Intervenções sugeridas		
Encorajar expectativas realistas face ao estado de saúde Encorajar significados facilitadores da aceitação do estado de saúde Facilitar a comunicação dos significados dificultadores Analisar com o FD mudanças decorrentes da situação de dependência Analisar com o FD necessidades de apoio no AC Desmistificar crenças face ao estado de saúde	Encorajar crenças positivas de auto-estima Encorajar crença positiva de desempenho Facilitar ligação positiva FD/PC Aconselhar PC/família a elogiar FD Apoiar FD na definição de metas realistas Facilitar comunicação de emoções	

Foco	Participação nas nas actividades de AC	
Juízo	Potencial de desenvolvimento	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Potencial de aprendizagem cognitiva demonstrada Potencial de aprendizagem de capacidades demonstrada Disponibilidade para participar demonstrada	Se: Participa nas actividades de AC
Potencial de desenvolvimento de participação nas atividades de AC/Participação nas atividades de AC: Intervenções sugeridas		
Analisar com o FD expectativas de participação nos cuidados (do PC/família/profissionais de saúde) Planear com FD/PC participação nos cuidados Explicar o processo de doença Informar sobre percurso esperado da doença Educar sobre medidas de prevenção de complicações Instruir sobre medidas de prevenção de complicações Informar sobre percurso esperado da dependência Informar sobre as complicações associadas à dependência Educar sobre estratégias adaptativas para o AC Instruir sobre estratégias adaptativas para o AC Treinar estratégias adaptativas para o AC Informar sobre recursos de apoio ao AC Incentivar comunicação de emoções Incentivar estratégias de coping Incentivar PC/família a elogiar participação nos cuidados Explicar regime de exercício Explicar regime medicamentoso Explicar regime dietético Elogiar participação nos cuidados Monitorizar uso de estratégias adaptativas para o AC		

FD: Área de atenção – Auto-cuidado

Foco	AC Tomar banho		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: Tomar banho se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: Tomar banho se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: Tomar banho se situar no 3
Auto cuidado Tomar banho dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planejar com FD participação no AC tomar banho Aconselhar sobre dispositivos para o AC tomar banho Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC tomar banho Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC tomar banho		Assegurar cuidados de higiene Providenciar serviço de cuidados de higiene e conforto Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC	

Foco	AC Vestir-se e despir-se		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC Vestir-se e despir-se se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC Vestir-se e despir-se se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC Vestir-se e despir-se se situar no 3
Auto cuidado Vestir-se e despir-se dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planejar com FD participação no AC vestir-se e despir-se Aconselhar sobre dispositivos para o AC vestir-se e despir-se Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC vestir-se e despir-se Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC vestir-se e despir-se Assegurar cuidados de vestuário		Providenciar serviço de cuidados de higiene e conforto Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC	

Foco	AC: Arranjar-se		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: Arranjar-se se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: Arranjar-se se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: Arranjar-se se situar no 3
Auto cuidado Arranjar-se dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planear com FD participação no AC arranjar-se Aconselhar sobre dispositivos para o AC arranjar-se Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC arranjar-se Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC arranjar-se		Providenciar serviço de cuidados de higiene e conforto Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC	

Foco	AC Alimentar-se		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Alimentar-se dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planear com FD participação no AC alimentar-se Aconselhar sobre dispositivos para o AC alimentar-se Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC alimentar-se Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC alimentar-se Assegurar cuidados alimentares Providenciar serviço de refeições Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC Educar sobre hábitos alimentares/regime dietético Instruir a posicionar-se durante e após a refeição Instruir a otimizar sonda gastrointestinal			

Foco	AC Usar o sanitário		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Usar o sanitário dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planear com FD participação no AC usar o sanitário Aconselhar sobre dispositivos para o AC usar o sanitário Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC usar o sanitário Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC usar o sanitário Assegurar cuidados Elogiar participação		Elogiar desempenho Incentivar o AC Educar sobre hábitos de eliminação urinária e/ou intestinal Instruir a otimizar dispositivo Instruir a otimizar padrão de eliminação urinária/intestinal Instruir a otimizar padrão de eliminação intestinal	

Foco	AC Elevar e virar-se		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Elevar e virar-se dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planear com FD participação no AC Elevar-se/virar-se Aconselhar sobre dispositivos para o AC Elevar-se/virar-se Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para o AC Elevar-se/virar-se Treinar uso de dispositivo adaptativo para o AC Elevar-se/virar-se Assegurar cuidados Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC Educar sobre padrão de mobilidade			

Foco	AC Transferir-se		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Transferir-se dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planejar com FD participação no AC transferir-se Aconselhar sobre dispositivos para se transferir Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para se transferir Treinar uso de dispositivo adaptativo para se transferir Assegurar cuidados Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC Educar sobre padrão de mobilidade			

Foco	AC Usar cadeira de rodas		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Usar cadeira de rodas dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planejar com FD participação no AC usar cadeira de rodas Planejar com FD uso da cadeira de rodas Instruir sobre uso de cadeira de rodas Treinar PC/FD a usar cadeira de rodas Assegurar uso da cadeira de rodas Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC			

Foco	AC Andar		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Andar dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planear com FD participação no AC andar Aconselhar sobre dispositivos para andar Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para andar Treinar uso de dispositivo adaptativo para andar Instruir sobre técnica de marcha Treinar técnica de marcha Assegurar cuidados Elogiar participação Elogiar desempenho Incentivar o AC Educar sobre padrão de mobilidade/exercício Referir para enfermeiro de reabilitação			

Foco	AC Tomar a medicação		
Juízo	Dependência total	Dependência necessita de ajuda de pessoa	Dependência: necessita de equipamento
Critérios diagnósticos	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 1	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar em 2	Se score da escala de avaliação da dependência no AC: ... se situar no 3
Auto cuidado Tomar a medicação dependência total/Necessita de ajuda de pessoa/necessita de equipamento: Intervenções sugeridas			
Planear com FD participação no AC tomar a medicação Aconselhar sobre dispositivos para tomar a medicação Providenciar dispositivo Instruir sobre dispositivos adaptativos para tomar a medicação Treinar uso de dispositivo adaptativo para tomar a medicação Assegurar cuidados Elogiar participação		Elogiar desempenho Incentivar o AC Educar sobre regime medicamentoso Instruir sobre técnica de administração de medicamentos Instruir sobre técnica de administração de medicamentos Orientar antecipadamente a relatar efeito da medicação Orientar antecipadamente sobre necessidade de medicação em SOS	

FD: Área de atenção – Processos corporais

Foco	Úlcera de pressão	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) e Score da escala de Braden	Se: Úlcera de pressão
Risco de úlcera de pressão/úlcera de pressão: Intervenções sugeridas		
Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção da úlcera de pressão Educar o PC/FD sobre condições de risco para úlcera de pressão Instruir PC/FD sobre os cuidados de prevenção da úlcera de pressão Instruir PC a monitorizar risco de úlcera de pressão Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de úlcera de pressão Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Orientar para dispositivos Instruir o PC a utilizar dispositivo para prevenção de úlceras de pressão Monitorizar risco de úlcera de pressão (escala) Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de úlcera de pressão Incentivar FD a elevar-se/ virar-se/transferir-se Orientar FD a relatar desconforto/dor Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento) Monitorizar úlcera de pressão (Escala) Providenciar consulta médica		

Foco	Eritema pelas fraldas	
Juízo	Risco	Actual
CrITÉrios diagnÓsticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Dependência no AC: Usar o sanitário (subescala) Incontinência intestinal Incontinência vesical Uso de fralda	Se: Eritema pelas fraldas
Risco de eritema pelas fraldas/Eritema pelas fraldas: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para eritema pelas fraldas Instruir PC a monitorizar risco de eritema pelas fraldas Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção de eritema pelas fraldas Instruir PC/FD sobre os cuidados de prevenção de eritema pelas fraldas Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de eritema pelas fraldas Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de eritema pelas fraldas Orientar FD a relatar desconforto na região do períneo Executar tratamento ao eritema pelas fraldas (Procedimento) Monitorizar eritema pelas fraldas		

Foco	Status nutricional (défice de...)	
Juízo	Risco	Défice
Critérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Ingestão alimentar inadequada (acima ou abaixo das necessidades corporais) e/ou Capacidade de mastigação comprometida e/ou Deglutição comprometida	Se: Peso 10 a 20% abaixo ou acima do valor padrão IMC abaixo ou acima do padrão Perda de massa muscular Alteração de indicadores bioquímicos (se disponíveis)
Risco de défice nutricional/Défice nutricional: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para défice nutricional Instruir PC a monitorizar sinais de malnutrição Apoiar PC no planeamento do regime dietético Incentivar a adesão do PC/FD ao regime dietético Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Monitorizar sinais de malnutrição Monitorizar adesão do PC/FD ao regime dietético Consultar médico Providenciar consulta médica Inserir sonda gastrointestinal Optimizar sonda gastrointestinal Instruir PC/FD a optimizar sonda gastrointestinal Treinar PC/FD a optimizar sonda gastrointestinal Instruir PC a alimentar FD por sonda gastrointestinal Treinar PC a alimentar FD por sonda gastrointestinal Orientar PC a providenciar consulta médica		

Foco	Desidratação	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Baixa ingestão de líquidos e/ou Deglutição comprometida e/ou Vômitos e/ou Diarreia	Se: Pele e/ou mucosas secas Olhos encovados Prega cutânea Baixo volume urinário com urina concentrada
Risco de desidratação/Desidratação: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para a desidratação Instruir PC a monitorizar sinais de desidratação Apoiar PC no planeamento do regime de ingestão de líquidos Incentivar a adesão do PC/FD ao regime de ingestão de líquidos Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Monitorizar sinais de desidratação Monitorizar adesão do PC/FD ao regime de ingestão de líquidos Consultar médico Providenciar consulta médica Inserir sonda gastrointestinal/dispositivo de hidratação subcutânea (hipodermoclise) Optimizar dispositivos de hidratação Instruir PC/FD sobre dispositivos de hidratação Treinar PC/FD a optimizar dispositivos de hidratação Instruir PC a dar líquidos ao FD por sonda gastrointestinal/ dispositivo de hidratação subcutânea Treinar PC a dar líquidos ao FD por sonda gastrointestinal/ dispositivo de hidratação subcutânea		

Foco	Limpeza das vias aéreas	
Juízo	Risco de compromisso	Comprometida
Crítérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado Dependência no AC: Elevar-se/virar-se Capacidade para tossir diminuída Capacidade para expectorar diminuída	Se: Acumulação de secreções traqueobronquicas Ruídos respiratórios anormais
Risco limpeza das vias aéreas comprometida/Limpeza das vias aéreas comprometida: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para compromisso da limpeza das vias aéreas Instruir PC a monitorizar limpeza das vias aéreas Apoiar PC no planeamento dos cuidados de promoção da limpeza das vias aéreas Instruir PD/PC sobre cuidados de promoção da limpeza das vias aéreas Treinar com o PD/PC cuidados de promoção da limpeza das vias aéreas Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de promoção da limpeza das vias aéreas Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Orientar para dispositivos Monitorizar limpeza das vias aéreas Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de promoção da limpeza das vias aéreas Incentivar FD a elevar-se/ virar-se/transferir-se Aspirar secreções respiratórias Executar inaloterapia através de inalador Aconselhar PC a incentivar FD a tossir Referir para enfermeiro de reabilitação Providenciar consulta médica		

Foco	Aspiração	
Juízo	Risco	Actual
CrITÉrios diagnÓsticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Dependência no AC: Elevar-se/virar-se Estado de consciência comprometido Capacidade para deglutir diminuída/ausente Vômitos Capacidade para tossir/expectorar diminuída/ausente Acumulação de secreções traqueobronquicas	Se: Episódio de aspiração
Risco de aspiração/Aspiração: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para aspiração Instruir PC a monitorizar consciência Instruir PC a monitorizar padrão respiratório Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção da aspiração Instruir PD/PC sobre cuidados de prevenção da aspiração Treinar com PD/PC cuidados de prevenção da aspiração Aconselhar PC a usar espessantes nos líquidos Aconselhar PC/FD a ingestão de pequenas porções de alimentos Aconselhar o PC a examinar a cavidade oral depois da refeição Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção da aspiração Orientar para dispositivos Monitorizar limpeza das vias aéreas Providenciar dispositivo (aspirador de secreções) Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção da aspiração Aspirar secreções respiratórias Aconselhar PC a incentivar FD a tossir Referir para enfermeiro de reabilitação Providenciar consulta médica		

Foco	Obstipação	
Juízo	Risco	Actual
Crítérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Dependência no AC: Usar o sanitário Défice de ingestão de fibras e líquidos Irregularidade na frequência das dejecções Ruídos intestinais diminuídos	Se: Fezes duras e secas Frequência das dejecções inferior a 2 vezes/semana Esforço à dejecção Uso elevado de laxantes, enemas ou supositórios
Risco de obstipação/obstipação: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para obstipação Educar o PC/FD sobre condições de risco para impactação Aconselhar PC a monitorizar padrão de eliminação intestinal Apoiar PC no planeamento dos cuidados de promoção do padrão de eliminação intestinal Instruir PD/PC sobre técnica de treino intestinal Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de promoção do padrão e eliminação intestinal Monitorizar padrão de eliminação intestinal Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de promoção do padrão de eliminação intestinal Educar sobre auto medicação (vantagens/desvantagens) Instruir PC a remover fecalomas Treinar PC a remover fecalomas Instruir PC a identificar fecalomas Treinar PC a identificar fecalomas Remover fecalomas		

Foco	Impactação	
Juízo	Risco	Actual
Crítérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Dependência no AC: Usar o sanitário Persistência de fezes duras e secas Frequência das dejectões inferior a 1 vez/semana Esforço à dejectão Uso elevado de laxantes, enemas ou supositórios Episódios de dejectão incompleta Uso elevado de laxantes, enemas ou supositórios	Se: Ausência de emissão de fezes Sensação de pressão e preenchimento rectal Massa palpável ou colecção de fezes palpável no recto
Risco de impactação/Impactação: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para obstipação Educar o PC/FD sobre condições de risco para impactação Aconselhar PC a monitorizar padrão de eliminação intestinal Apoiar PC no planeamento dos cuidados de promoção do padrão de eliminação intestinal Instruir PD/PC sobre técnica de treino intestinal Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de promoção do padrão e eliminação intestinal Monitorizar padrão de eliminação intestinal Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de promoção do padrão de eliminação intestinal Educar sobre auto medicação (vantagens/desvantagens) Instruir PC a remover fecalomas Treinar PC a remover fecalomas Instruir PC a identificar fecalomas Treinar PC a identificar fecalomas Remover fecalomas		

Foco	Rigidez articular	
Juízo	Risco	Actual
Crítérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Dependência no AC: Elevar-se/virar-se Indisponibilidade para o movimento articular Diminuição da força muscular Dor ao movimento	Se: Limitação do movimento ou incapacidade para o movimento Alinhamento anormal da articulação
Risco de rigidez articular/Rigidez articular: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para rigidez articular Instruir PC a monitorizar risco de rigidez articular Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção da rigidez articular Instruir PC/FD sobre cuidados de prevenção da rigidez articular Treinar com o PC/FD sobre cuidados de prevenção da rigidez articular Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de rigidez articular Orientar para dispositivos Monitorizar movimento articular (escala) Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção da rigidez articular Instruir PC a identificar sinais de rigidez articular Referir para enfermeiro de reabilitação		

Foco	Pé equino	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Dependência no AC: Elevar-se/virar-se Parésia/paralisia Lesão neuromuscular	Se: Flexão plantar do pé Arqueamento da articular do tornozelo em direcção ao solo Impossibilidade de manter o pé na posição normal ou em dorsiflexão
Risco de pé equino / Pé equino: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para o pé equino Instruir PC a monitorizar risco de pé equino Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção de pé equino Instruir PC/FD sobre cuidados de prevenção do pé equino Treinar com PC/FD sobre cuidados de prevenção do pé equino Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção do pé equino (posicionamento; exercícios de movimento articular) Orientar para dispositivos Monitorizar movimento articular do tornozelo Providenciar dispositivo Aplicar tala plantar Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de pé equino Instruir PC a identificar sinais de pé equino Referir para enfermeiro de reabilitação		

Foco	Queda	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Score da escala de morse: 25 a 50 baixo risco; ≥50 risco elevado	Se: Episódio de queda
Risco de queda/ Queda: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para quedas Instruir PC a monitorizar capacidade cognitiva e sensorial Aconselhar PC a supervisionar FD a andar Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção de quedas Instruir PC/FD sobre técnica de transferência/marcha Treinar com o PC/FD técnica de transferência/marcha Demonstrar técnica de posicionamento transferência/marcha		Aconselhar dispositivo de imobilização Incentivar a adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de quedas Monitorizar risco de queda (escala) Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD aos cuidados de prevenção de quedas Instruir o PC a utilizar dispositivo de imobilização

Foco	Confusão	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Alteração de pelo menos 1 dos itens da escala de avaliação do estado mental	Se: Se alteração dos itens da escala de avaliação do estado mental
Risco de confusão/ Confusão: Intervenções sugeridas		
Educar PC sobre causas da confusão Instruir PC a avaliar orientação Treinar PC / a avaliar orientação Apoiar PC no planeamento dos cuidados de promoção da cognição Aconselhar PC a manter hábitos do FD Aconselhar PC a informar diariamente o FD Instruir PC sobre actividades de treino da cognição Aconselhar sobre equipamentos/dispositivos (iluminação óculos; aparelhos auditivos) Aconselhar PC a explicar as actividades a executar Aconselhar actividades de lazer		

Foco	Hipoglicémia/hiperglicemia	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Comportamentos de não adesão ao regime dietético Comportamentos de não adesão ao regime medicamentoso	Se: Episódio de hiper/hipoglicémia
Risco de hipo e/ou hiperglicémia/ Hipoglicémia/hiperglicemia: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para hipoglicemia/hiperglicemia Educar PC/FD sobre sinais e sintomas de hipoglicemia/hiperglicemia Educar PC/FD sobre regime terapêutico Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção de hipoglicemia/hiperglicemia Instruir PC/FD sobre cuidados de prevenção da hipoglicemia/hiperglicemia Treinar com o PC/FD cuidados de prevenção da hipoglicemia/hiperglicemia Aconselhar FD a relatar sintomas de hipoglicemia/hiperglicemia Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD ao regime terapêutico Monitorizar glicemia capilar Instruir PC/FD sobre cuidados de emergência Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Referir para médico Providenciar consulta médica		

Foco	Hipertensão	
Juízo	Risco	Actual
Critérios diagnósticos	Se: Comportamentos de não adesão ao regime dietético Comportamentos de não adesão ao regime medicamentoso	Se: Episódio de hipertensão
Risco de hipertensão / Hipertensão: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para hipertensão Educar PC/FD sobre sinais e sintomas de hipertensão Educar PC/FD sobre regime terapêutico Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção de hipertensão Instruir PC/FD sobre cuidados de prevenção da hipertensão Treinar com o PC/FD a avaliar pressão sanguínea Aconselhar FD a relatar sintomas de hipertensão Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD ao regime terapêutico Monitorizar pressão sanguínea Instruir PC/FD sobre cuidados de emergência Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Referir para médico Providenciar consulta médica		

Foco	Infecção do sistema urinário inferior	
Juízo	Risco	Actual
CrITÉRIOS diagnÓsticos	Se: Adesão a medidas de prevenção não demonstrado (pelo PC e/ou FD) Incontinência urinária/intestinal Uso de fralda	Se: Sinais macroscópicos de infecção Sinais analíticos de infecção
Risco de infecção do sistema urinário / Infecção do sistema urinário: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para infecção do sistema urinário Educar PC/FD sobre sinais e sintomas de infecção do sistema urinário Educar PC/FD sobre regime terapêutico Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção da infecção do sistema urinário Instruir PC/FD sobre cuidados de prevenção da infecção do sistema urinário Aconselhar FD a relatar sintomas de infecção do sistema urinário Providenciar dispositivo Monitorizar adesão do PC/FD ao regime terapêutico Monitorizar padrão de eliminação urinária Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Referir para médico Providenciar consulta médica		

Foco	Dor	
Juízo	Actual	Sem sinais de dor
Crítérios diagnósticos	Se: Verbalização de desconforto Score da escala positivo	Se: Verbalização de conforto Score da escala negativo
Dor: Intervenções sugeridas		
Educar o PC/FD sobre condições de risco para dor Educar PC/FD sobre regime terapêutico Apoiar PC no planeamento dos cuidados de prevenção da dor Instruir PC/FD sobre cuidados de prevenção da dor Treinar com o PC/FD a avaliar dor Aconselhar FD a relatar dor Monitorizar adesão do PC/FD ao regime terapêutico Monitorizar dor Orientar PC sobre dados a relatar ao enfermeiro Referenciar para médico Providenciar consulta médica		

Anexo XVII

Conjunto de indicadores de processo e resultado dos CE

Indicadores - MFPC

ÁREA DE ATENÇÃO: ACEITAÇÃO DO PAPEL				
FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
Conscientização sobre o papel (CP)	Conscientização sobre o papel dificultadora (CPD)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com CPD/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CP facilitadora /Nº total de MFPC com CPD x 100	
Percepção de auto-eficácia (PA)	Baixa percepção de auto-eficácia (BPA)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com BPA/Nº total de MFPC X100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PA positiva/Nº total de MFPC com BPA x 100	
Percepção sobre o apoio da família (PAF)	Percepção sobre o apoio da família dificultadora (PAFD)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PAFD/Nº total de MFPC X100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PAF facilitadora/Nº total de MFPC com PAFD x 100	
Percepção sobre o apoio dos serviços de saúde (PASS)	Percepção sobre o apoio dos serviços de saúde dificultadora (PASS)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PASSD/Nº total de MFPC X100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PASS facilitadora/Nº total de MFPC com PASSD x 100	
Coping	Disponibilidade para coping efetivo (DCE)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com DCE/Nº total de MFPC X100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com Coping efetivo/Nº total de MFPC com DCE x 100	
	Coping comprometido (CC)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com CC/Nº total de MFPC X100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com DCE/Nº total de MFPC com CC x 100 Nº. de MFPC com Coping efetivo/Nº total de MFPC com CC x 100	
Sobrecarga por stress (SS)	Risco de sobrecarga por stress (RSS)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com RSS/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de MFPC com SS com RSS documentado/Nº total de MFPC que desenvolveram SS x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de MFPC com RSS e que não tiveram SS/Nº total de MFPC com RSS x 100	

	Sobrecarga por stress atual (SSA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de MFPC com SSA/Nº total de MFPC com RSS x 100	Anual
		Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com SSA/Nº total de MPC X 100	

ÁREA DE ATENÇÃO: CONHECIMENTOS PARA/NO DESEMPENHO DO PAPEL				
FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
Conhecimento sobre o processo de doença do FD (CPD)	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o processo de doença do FD (PDCPD)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCPD/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CPD /Nº total de MFPC com PDCPD x 100	
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o processo de doença do FD, comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCPD comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Conhecimento sobre a condição de dependência do FD (CCD)	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre a condição de dependência do FD (PDCCD)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCCD/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CCD /Nº total de MFPC com PDCCD x 100	
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre a condição de dependência do FD, comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCPD comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Conhecimento sobre os cuidados ao FD (CC)	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os cuidados ao FD (PDCC)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCC/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CC /Nº total de MFPC com PDCC x 100	
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os cuidados ao FD, comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCC comprometido /Nº total de MFPC X 100	
Conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC (CRA)	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC (PDCRA)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCRA/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CRA /Nº total de MFPC com PDCRA x 100	
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre os recursos de apoio ao AC, comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCRA comprometido /Nº total de MFPC X 100	
Conhecimento sobre regime dietético	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCRD/Nº total de MFPC X 100	Anual

(CRD)	dietético (PDCRD)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CRD /Nº total de MFPC com PDCRD x 100	
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime dietético, comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCRD comprometido /Nº total de MFPC X 100	
Conhecimento sobre o regime medicamentoso (CRM)	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime medicamentoso (PDCRM)	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCRM/Nº total de MFPC X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com CRM /Nº total de MFPC com PDCRM x 100	
	Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre o regime medicamentoso, comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCRM comprometido /Nº total de MFPC X 100	

ÁREA DE ATENÇÃO: CAPACIDADES PARA/NO DESEMPENHO DO PAPEL				
FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
Capacidade para assistir no AC Tomar banho (CATB)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Tomar banho (PDCATB)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCATB/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CATB/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Tomar banho comprometida	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCATB comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir no AC Vestir-se e despir-se (CAVD)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Vestir-se e despir-se (PDCAVD)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAVD/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAVD/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Tomar banho comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCAVD comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Alimentar-se (CAVD)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Alimentar-se (PDCAA)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAVD/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAVD/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Alimentar-se comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCAV comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Usar o sanitário (CAUS)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Usar o sanitário (PDCAUS)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAUS/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAUS/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Usar o sanitário comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCUS comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Elevar-se/virar-se (CAEV)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Elevar-se/virar-se (PDCAEV)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAEV/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAEV/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual

	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Elevar-se/virar-se comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCEV comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Transferir-se (CAT)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Transferir-se (PDCAT)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAT/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAT/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Transferir-se comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCAT comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Usar cadeira de rodas (CAUCR)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Usar cadeira de rodas (PDCAT)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAUCR/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAUCR/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Usar cadeira de rodas comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCAUCR comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Andar (CAAn)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Andar (PDCAT)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCAAn/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CAAn/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Andar comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCAAn comprometido/Nº total de MFPC X 100	
Capacidade para assistir FD no AC Tomar a medicação (CATM)	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Tomar a medicação (PDCATM)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de MFPC com PDCATM/Nº total de MFPC X 100 Nº. de MFPC com CATM/Nº total de MFPC com PDCATB x 100	Anual
	Potencial de desenvolvimento da capacidade para assistir no AC Tomar a medicação comprometido	Taxa de prevalência	Nº. de MFPC com PDCTM comprometido/Nº total de MFPC X 100	

Produção de Indicadores - FD

ÁREA DE ATENÇÃO: ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE				
FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
Conscientização sobre o estado de saúde (CES)	Conscientização sobre o estado de saúde dificultadora (CESD)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com CESD/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com CES facilitadora /Nº total de FD com CPD x 100	
Participação nas atividades de AC (PAC)	Potencial de desenvolvimento de participação nas atividades de AC (PDPAC)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com PDPAC/Nº total de FD X100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com PAC/Nº total de FD com PDPAC x 100	

ÁREA DE ATENÇÃO: AUTOCUIDADO				
FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
AC Tomar banho (ACTB)	Dependência total AC Tomar banho (DTACTB)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DTACTB/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACTB x 100	Anual
	Dependência no AC Tomar banho necessita de ajuda de pessoa (DACTBNAP)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACTBNAP/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACTBNAP x 100	
	Dependência no AC Tomar banho necessita de equipamento (DACTBNE)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACTBNE/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACTBNE x 100	
AC Vestir-se e despir-se (ACVD)	Dependência total AC Vestir-se e despir-se (DTACVD)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DTACVD/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACVD x 100	Anual
	Dependência no AC Vestir-se e despir-se necessita de ajuda de pessoa (DACVDNAP)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACVDNAP/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACVDNAP x 100	
	Dependência no AC Vestir-se e despir-se necessita de equipamento (DACVDNE)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACVDNE/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACVDNE x 100	
AC Arranjar-se	Dependência total AC Arranjar-se (DTACAr)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DTACAr/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACAr x 100	Anual

(ACAr)	Dependência no AC Arranjar-se necessita de ajuda de pessoa (DAArNAP)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACArNAP/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACArNAP x 100	
	Dependência no AC Arranjar-se necessita de equipamento (DACArNE)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACVDNE/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACArNE x 100	
AC Alimentar-se (ACA)	Dependência total AC Alimentar-se (DTACA)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DTACA/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACA x 100	Anual
	Dependência no AC Alimentar-se necessita de ajuda de pessoa (DACANAP)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACANAP/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACANAP x 100	
	Dependência no AC Alimentar-se necessita de equipamento (DACANE)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACANE/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACANE x 100	
AC Usar o sanitário (ACUS)	Dependência total AC Usar o sanitário (DTACUS)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DTACUS/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACUS x 100	Anual
	Dependência no AC Usar o sanitário necessita de ajuda de pessoa (DACUSNAP)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACUSNAP/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACUSNAP x 100	
	Dependência no AC Usar o sanitário necessita de equipamento (DACUSNE)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACUSNE/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACUSNE x 100	
AC Elevar-se e virar-se (ACEV)	Dependência total AC Elevar-se e virar-se (DTACEV)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DTACEV/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACEV x 100	Anual
	Dependência no AC Elevar-se e virar-se necessita de ajuda de pessoa (DACEVNAP)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com DACEVNAP/Nº total de FD X 100 Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACEVNAP x 100	
	Dependência no AC Elevar-se e	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACEVNE/Nº total de FD X 100	

	virar-se necessita de equipamento (DACEVNE)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACEVNE x 100	
AC Transferir-se (ACT)	Dependência total AC Transferir-se (DTACT)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DTACT/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACT x 100	
	Dependência no AC Transferir-se necessita de ajuda de pessoa (DACTNAP)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACTNAP/Nº total de FD X 100	
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACTNAP x 100	
	Dependência no AC Transferir-se necessita de equipamento (DACTNE)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACTNE/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACTNE x 100	
AC Usar cadeira de rodas (ACUCR)	Dependência total AC Usar cadeira de rodas (DTACUCR)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DTACUCR/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACUCR x 100	
	Dependência no AC Usar cadeira de rodas necessita de ajuda de pessoa (DACUCRNAP)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACUCRNAP/Nº total de FD X 100	
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACUCRNAP x 100	
	Dependência no AC Usar cadeira de rodas necessita de equipamento (DACUCRNE)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACUCRNE/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACUCRNE x 100	
AC Andar (ACAn)	Dependência total AC Andar (DTACAn)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DTACAn/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACAn x 100	
	Dependência no AC Andar necessita de ajuda de pessoa (DACAnNAP)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACAnNAP/Nº total de FD X 100	
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACAnNAP x 100	
	Dependência no AC Andar necessita de equipamento (DACAnNE)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACAnNE/Nº total de FD X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACAnNE x 100	
	Dependência total AC Tomar a medicação (DTACTM)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DTACTM/Nº total de FD X 100	Anual

AC Tomar a medicação (ACTM)		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DTACTM x 100	
	Dependência no AC Andar necessita de ajuda de pessoa (DACTMNAP)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACTMNAP/Nº total de FD X 100	
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACTMNAP x 100	
	Dependência no AC Tomar a medicação necessita de equipamento (DACTMNE)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com DACTMNE/Nº total de FD X 100	
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de FD com mudança positiva no score /Nº total de FD com DACTMNE x 100	

ÁREA DE ATENÇÃO: PROCESSOS CORPORAIS				
FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
Úlcera de pressão (UP)	Risco de UP (RUP)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RUP/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com UP com RUP documentado/Nº total de FD que desenvolveram UP x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RUP e que não tiveram UP/Nº total de FD com RUP x 100	
	Úlcera de pressão (UPA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com UPA/Nº total de FD com RUP x 100	
Eritema pelas fraldas (EF)	Risco de Eritema pelas fraldas (REF)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com UPA/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com UPA/Nº total de FD X 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com UPA/Nº total de FD X 100	
	Eritema pelas fraldas atual (EFA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com EFA/Nº total de FD com REF x 100	
Status nutricional (SN)	Risco de status nutricional comprometido (RSNC)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com EFA/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com RSNC/Nº total de FD X 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com SN comprometido com RSNC documentado/Nº total de FD que desenvolveram compromisso do SN x 100	
	Status nutricional comprometido (SNC)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com RSNC e que não tiveram compromisso do SN/Nº total de FD com RSNC x 100	
	Risco de desidratação (RD)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com SNC/Nº total de FD com RSNC x 100	Anual
		Taxa de efetividade	Nº. de FD com RD/Nº total de FD X 100	
			Nº. de FD com D com RD documentado/Nº total de FD que	

Desidratação (D)		diagnóstica do risco	desenvolveram D x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RD e que não tiveram D/Nº total de FD com RD x 100	
	Desidratação atual (EFA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com DA/Nº total de FD com RD x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com D/Nº total de FD X 100	
Limpeza das vias aéreas (LVA)	Risco de limpeza das vias aéreas comprometida (RLVAC)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RLVAC/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com compromisso da LVA com RLVAC documentado/Nº total de FD que desenvolveram compromisso da LVA x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RLVAC e que não tiveram compromisso de LVA/Nº total de FD com RLVAC x 100	
	Limpeza das vias aéreas comprometida (LVAC)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com LVAC /Nº total de FD com RLVAC x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com LVAC /Nº total de FD X 100	
Aspiração (A)	Risco de Aspiração (RA)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RA/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com episódio de A com RA documentado/Nº total de FD que desenvolveram A x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RA e que não tiveram episódio de A/Nº total de FD com RA x 100	
	Aspiração atual (AA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com episódio de AA/Nº total de FD com RA x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com episódio de AA/Nº total de FD X 100	
Obstipação (O)	Risco de obstipação (RO)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RO/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com O com RO documentado/Nº total de FD que desenvolveram O x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RO e que não tiveram O/Nº total de FD com RO x 100	
	Obstipação atual (EFA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com OA/Nº total de FD com RO x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com OA/Nº total de FD X 100	
Impactação (I)	Risco de impactação (RI)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RI/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com episódio de I com RI documentado/Nº total de FD que desenvolveram I x 100	

		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RO e que não tiveram O/Nº total de FD com RO x 100	
	Impactação atual (IA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com episódio de IA/Nº total de FD com RI x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com episódio de IA/Nº total de FD X 100	
Rigidez articular (RA)	Risco de Rigidez articular (RRA)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RRA/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com RA com RRA documentado/Nº total de FD que desenvolveram RA x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RRA e que não tiveram RA/Nº total de FD com RA x 100	
	Rigidez articular atual (RAA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com RAA/Nº total de FD com RRA x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com RAA/Nº total de FD X 100	
Pé equino (PE)	Risco de Pé equino (RPE)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RPE/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com PE com RPE documentado/Nº total de FD que desenvolveram PE x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RPE e que não tiveram PE/Nº total de FD com PE x 100	
	Pé equino atual (PEA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com PEA/Nº total de FD com RPE x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com PEA/Nº total de FD X 100	
Queda (Q)	Risco de Queda (RQ)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RQ/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com episódio de Q com RQ documentado/Nº total de FD que desenvolveram Q x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RQ e que não tiveram episódio de Q/Nº total de FD com episódio de Q x 100	
	Queda atual (QA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com episódio de QA/Nº total de FD com RQ x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com episódio de QA/Nº total de FD X 100	
	Risco de confusão (RC)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RC/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade	Nº. de FD com C com RC documentado/Nº total de FD que	

Confusão (Q)		diagnóstica do risco	desenvolveram C x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RC e que não tiveram C/Nº total de FD com C x 100	
	Confusão atual (CA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com CA/Nº total de FD com RC x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com CA/Nº total de FD X 100	
Hipoglicemia (HipoG)	Risco de hipoglicemia (RHipoG)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RHipoG/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com HipoG com RHipoG documentado/Nº total de FD que desenvolveram HipoG x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RHipoG e que não tiveram HipoG/Nº total de FD com HipoG x 100	
	Hipoglicemia atual (HipoGA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com HipoGA/Nº total de FD com RHipoG x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com HipogGA/Nº total de FD X 100	
Hiperglicemia (HiperG)	Risco de hiperglicemia (RHiperG)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RHiperG/Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com HiperG com RHiperG documentado/Nº total de FD que desenvolveram HiperG x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RHiperG e que não tiveram HiperG/Nº total de FD com HiperG x 100	
	Hiperglicemia atual (HiperGA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com HiperGA/Nº total de FD com RHiperG x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com HipergGA/Nº total de FD X 100	
Hipertensão arterial (HTA)	Risco de Hipertensão arterial (RHTA)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RHTA /Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com HTAA com RHTA documentado/Nº total de FD que desenvolveram HTAA x 100	
		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RHTA e que não tiveram HTAA/Nº total de FD com HTAA x 100	
	Hipertensão arterial atual (HTAA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com HTAA /Nº total de FD com RHTA x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com HTAA /Nº total de FD X 100	
Infecção do sistema	Risco de Infecção do sistema urinário (RISU)	Taxa de prevalência	Nº. de FD com RISU /Nº total de FD X 100	Anual
		Taxa de efetividade diagnóstica do risco	Nº. de FD com ISUA com RISU documentado/Nº total de FD que desenvolveram ISUA x 100	

urinário (ISU)		Taxa de efetividade na prevenção de risco	Nº. de FD com RISU e que não tiveram ISU/Nº total de FD com ISU x 100	
	Infeção do sistema urinário atual (ISUA)	Taxa de frequência relativa	Nº. de FD com ISUA/Nº total de FD com RISU x 100	
		Taxa de prevalência	Nº. de FD com ISUA /Nº total de FD X 100	